

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UTIAD2-MEAC.003	
Título do Documento	CONVULSÃO E EPILEPSIA	Emissão: 22/10/2025	Próxima revisão: 22/10/2027
		Versão: 2	

SUMÁRIO

1. SIGLAS	2
2. DEFINIÇÃO	2
3. OBJETIVO	2
4. JUSTIFICATIVA	2
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	3
6. HISTÓRIA CLÍNICA E CLASSIFICAÇÃO	3
7. EXAME FÍSICO	4
8. EXAMES DIAGNÓSTICOS	5
9. TRATAMENTO	6
10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA	7
11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA	7
12. FLUXOGRAMAS	8
13. REFERÊNCIAS	9
14. HISTÓRICO DE REVISÃO	9
15. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO	9

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UTIAD2-MEAC.003	
Título do Documento	CONVULSÃO E EPILEPSIA	Emissão: 22/10/2025	Próxima revisão: 22/10/2027
		Versão: 2	

1. SIGLAS

- MEAC: Maternidade Escola Assis Chateaubriand
- ILA: *International League Against Epilepsy*
- TGO: transaminase oxalacética
- TGP: transaminase glutâmico pirúvica
- LDH: lactato desidrogenase
- TCE: Traumatismo Cranio-encefálico
- TC: Tomografia computadorizada
- RNM: Ressonância Magnética
- EEG: Eletroencefalograma

2. DEFINIÇÃO

Segundo a definição da *International League Against Epilepsy* (ILAE), convulsão é um conjunto de sinais e/ou sintomas transitórios decorrentes de um excesso de atividades neuronais cerebrais anormais ou sincrônicas. Epilepsia é uma doença caracterizada pela ocorrência de um episódio convulsivo no qual o cérebro do indivíduo demonstra uma tendência patológica e duradoura a recorrência de novos episódios convulsivos.

As mudanças fisiológicas que acontecem durante a gestação, têm o potencial de alterar o limiar convulsivo e, apesar da maioria das gestantes não apresentar mudança no padrão e na frequência das crises, algumas poderão apresentar piora durante a gestação.

3. OBJETIVO

Orientar quanto à identificação precoce e abordagem inicial da convulsão nas pacientes atendidas na MEAC, sobretudo gestantes, a fim de melhorar a assistência à saúde das mesmas e reduzir as complicações para mãe e feto.

Fornecer um material didático atualizado e de fácil acesso para a equipe multiprofissional da instituição.

Racionalizar a utilização de recursos utilizados para diagnóstico e tratamento da doença.

Otimizar o planejamento das ações visando reduzir o tempo de internamento hospitalar e os custos durante internação.

4. JUSTIFICATIVA

A epilepsia e as drogas utilizadas para seu tratamento podem levar ao aumento do risco de perda gestacional, prematuridade, malformações congênitas, baixo peso ao nascer e atraso no desenvolvimento. Para a gestante, a epilepsia não adequadamente controlada pode acarretar no risco aumentado de pré-eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta e aumento da mortalidade materna.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UTIAD2-MEAC.003	
Título do Documento	CONVULSÃO E EPILEPSIA	Emissão: 22/10/2025	Próxima revisão: 22/10/2027
		Versão: 2	

Por tratar-se de hospital terciário, pacientes com epilepsia são, muito comumente, encaminhadas para acompanhamento pré-natal em conjunto com o serviço de Obstetrícia da MEAC e, por vezes, podemos nos deparar com pacientes com quadro convulsivo encaminhadas para avaliação na Emergência ou que apresentem sintomas durante o internamento hospitalar. Além disso, diversas outras desordens também podem cursar com convulsões, tais como eclâmpsia, hipoglicemia, hipoxemia, acidente vascular cerebral, infecções, uso de medicações, dentre outros.

Dessa forma, convulsão e epilepsia devem ser prontamente identificadas e tratadas com intuito de reduzir, sobretudo, a morbi-mortalidade materno-fetal.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

A abordagem da convulsão deve ser realizada por toda a equipe multidisciplinar, incluindo profissionais médicos, de fisioterapia e enfermagem, dentre outras categorias que possam atuar nos diversos setores do hospital.

É responsabilidade de todos os profissionais de saúde a identificação de paciente com quadro suspeito de convulsão e comunicação à equipe médica e demais equipes para diagnóstico e manejo adequado da paciente.

É função da equipe de enfermagem a avaliação rápida dos sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, saturação periférica de oxigênio, temperatura) e comunicação ao médico assistente. Também deve ser determinado o nível de consciência da paciente através da Escala de Coma de Glasgow, avaliada a capacidade de proteção da via aérea e necessidade de colocação de cânula de guedel e/ou aspiração de conteúdos em vias aéreas que possam levar à obstrução da mesma (saliva, conteúdo gástrico), averiguada a glicemia capilar e instalado suporte de oxigênio não invasivo através de máscara facial ou cateter nasal, quando necessário, nos casos que cursem com hipoxemia.

É função do médico prestar rápida assistência à paciente com quadro convulsivo através do diagnóstico, identificação de alterações importantes nos sinais vitais que sejam ameaçadoras à vida e estabilização clínica inicial através da correção dos mesmos, identificação de possíveis causas que levaram à convulsão, prescrição de medicações, solicitação de exames complementares, cuidados pós convulsão, avaliação da necessidade de internação ou encaminhamento da paciente para outra unidade hospitalar e averiguar necessidade de interconsulta com neurologista.

É função do fisioterapeuta auxiliar na abordagem da paciente com necessidade de proteção de via aérea, risco de aspiração de secreções (saliva, conteúdo gástrico) e necessidade de uso de oxigênio suplementar, através do uso de manobras específicas, aspiração de vias aéreas ou ajuste de dispositivos de oferta de gases (catéter nasal, máscara de venturi, catéter de alto fluxo ou ventilador mecânico invasivo, por exemplo).

6. HISTÓRIA CLÍNICA E CLASSIFICAÇÃO

A etiologia do quadro convulsivo pode ser: estrutural, genética, infecciosa, metabólica, imune ou desconhecida. Além disso, existem quadros psicogênicos. Sempre atentar para sinais e sintomas de doenças específicas, questionar sobre história clínica prévia, uso de substâncias ilícitas e uso de medicações que nos direcionem à causa. Quando estamos diante de mais de uma hipótese diagnóstica,

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UTIAD2-MEAC.003
Título do Documento	CONVULSÃO E EPILEPSIA		Emissão: 22/10/2025
			Versão: 2
		Próxima revisão: 22/10/2027	

a prioridade deve ser dada para a etiologia que possa levar a piores desfechos.

A classificação das convulsões, de acordo com a ILAE, aborda, inicialmente, se a convulsão é focal ou generalizada. Convulsão focal origina-se de atividade neuronal em apenas um hemisfério cerebral, enquanto convulsão generalizada origina-se em um ponto e rapidamente se distribui bilateralmente pelo cérebro. Se o início da convulsão não foi observado ou o quadro não é claro, ela é determinada como convulsão de início indeterminado.

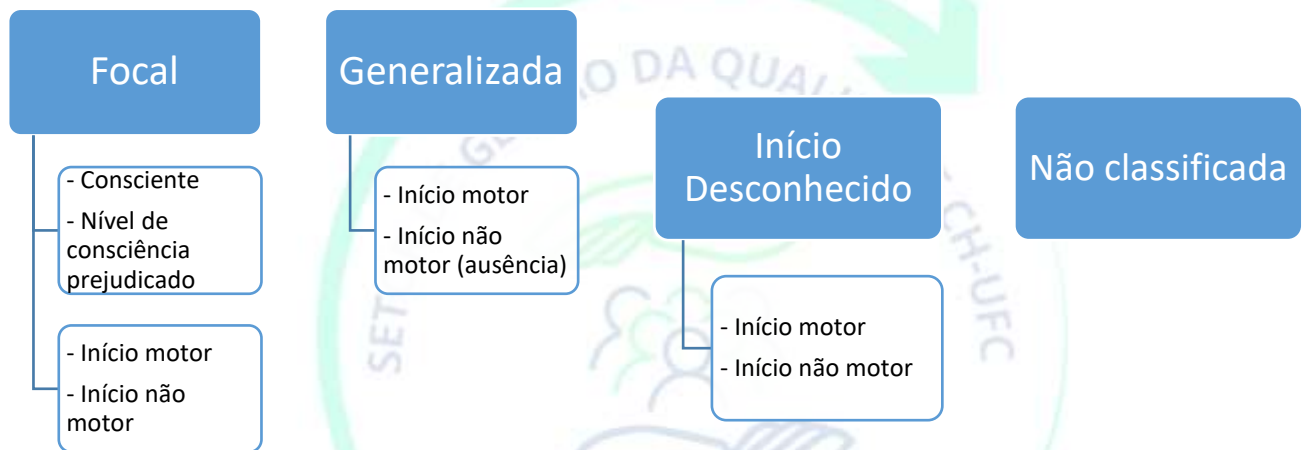


Figura 1. Classificação Básica dos Tipos de Convulsão – ILAE 2017.

As convulsões focais podem ser classificadas de acordo com: nível de consciência - definido como a capacidade da pessoa compreender o que acontece ao seu redor durante o episódio convulsivo (consciente ou nível de consciência prejudicado) - e a primeira mais proeminente característica da convulsão (início motor – automatismos, espasmos epilépticos e atônico, tônico-clônico, mioclônico - ou não motora – alterações nos sinais vitais, comportamento, estado emocional, cognição ou alterações sensoriais). Uma última classificação da convulsão focal é quando a mesma envolve uma convulsão tônico-clônica bilateral – o termo convulsão tônico-clônica com generalização secundária não é mais utilizado.

Assim como as convulsões focais, as convulsões generalizadas também são classificadas de acordo com manifestação motoras (tônico-clônica) ou não motoras (ausência).

7. EXAME FÍSICO

O exame físico clínico deve incluir a averiguação dos sinais vitais: frequência respiratória, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, pressão arterial, glicemia capilar. Deve sempre ser determinado o nível de consciência da paciente através da Escala de Coma de Glasgow e avaliada a capacidade de proteção de via aérea da mesma (geralmente, pacientes com Glasgow igual ou menor que 8, apresentam menor capacidade de proteção de via aérea e risco de aspiração e obstrução da mesma). Deve-se também observar o padrão de movimento dos membros, olhos, boca e atentar para

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UTIAD2-MEAC.003
Título do Documento	CONVULSÃO E EPILEPSIA		Emissão: 22/10/2025
			Próxima revisão: 22/10/2027
		Versão: 2	

movimentos repetitivos.

Com a paciente desperta e interativa, preferencialmente realizar um breve exame físico neurológico em busca de déficits focais ou outras alterações.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
Parâmetros	Melhor Resposta	Pontuação
Abertura Ocular	Espontânea	4
	Ao estímulo verbal	3
	Ao estímulo doloroso	2
	Ausente	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza à dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal (decorticação)	3
	Extensão anormal (descerebração)	2
	Nenhuma	1

Figura 2. Escala de Coma de Glasgow

O exame físico também deve englobar também a avaliação do padrão respiratório, buscando identificar sinais de uso de musculatura acessória e alteração na ausculta pulmonar. Algumas pacientes podem apresentar contratura da mandíbula durante a crise convulsiva e risco de lesão da língua, bem como, alterações respiratórias que podem cursar com cianose.

8. EXAMES DIAGNÓSTICOS

Os exames complementares para abordagem diagnóstica da paciente com quadro convulsivo depende da hipótese etiológica da causa desencadeante.

De forma geral, inicialmente, deve-se solicitar os seguintes exames laboratoriais para rastreio de causas infecciosas e metabólicas: hemograma completo, proteína C reativa (PCR), uréia, creatinina, gasometria arterial, TGO, TGP, LDH, bilirrubinas, glicose sérica, sódio, potássio, magnésio, fósforo e cálcio iônico. Devem ser colhidas culturas em caso de suspeita de infecção, direcionadas para o foco suspeito.

Em caso de paciente com história de convulsão seguida por Traumatismo Craniano Encefálico (TCE) com alteração neurológica associada (sonolência, vômitos, déficits neurológicos, etc.), bem como na suspeita de eventos estruturais primários do sistema nervoso central, tal como acidente vascular cerebral, deve-se solicitar em caráter de urgência a realização de Tomografia Computadorizada de Crânio em busca de identificar alterações que precisem de intervenção precoce. Em casos de TCE leve e/ou moderado com paciente estável sem alterações clínicas importantes, pode-se optar por

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UTIAD2-MEAC.003	
Título do Documento	CONVULSÃO E EPILEPSIA	Emissão: 22/10/2025	Próxima revisão: 22/10/2027
		Versão: 2	

observação inicial e realização de TC de crânio em caso de piora neurológica.

Caso disponível, solicitar nível sérico de drogas anticonvulsivantes em todas as pacientes com diagnóstico de epilepsia que já façam uso dessas medicações.

Outros exames complementares tais como Ressonância Magnética (RNM) de Crânio, coleta e análise do líquido e Eletroencefalograma (EEG), podem ser realizados conforme indicação do Neurologista.

9. TRATAMENTO

Convulsões são perigosas para mulheres, sobretudo gestantes, não apenas pelo risco de queda e TCE, mas também pelo potencial de causar prejuízo ao feto pela possibilidade de hipoxemia e asfixia.

Convulsões focais, em geral, não causam grande impacto à saúde do feto e a principal motivação para a mulher com epilepsia ser continuamente tratada com drogas anticonvulsivantes durante a gravidez é evitar a recorrência de crises convulsivas e seus efeitos adversos.

O aconselhamento pré-concepcional é altamente recomendado, pois mulheres com epilepsia precisam estar cientes dos riscos materno-fetais antes da concepção. Inclusive, pode acontecer interação medicamentosa entre as drogas anticonvulsivantes e as drogas anticoncepcionais, levando à maior falha dessas últimas e uma gravidez não planejada. Os principais medicamentos relacionados à diminuição da eficácia da droga anticoncepcional são: carbamazepina, oxycarbamazepina, fenobarbital e fenitoína. Pacientes em uso de tais medicações deveriam ser aconselhadas a optar por outros métodos anticoncepcionais, tais como dispositivos intrauterinos (DIU). Tendo em vista o risco de malformações, a ultrassonografia morfológica é indicada no segundo trimestre de gravidez, bem como a realização do ecocardiograma fetal. Ressaltamos a importância da suplementação de folato e de medir o nível sérico terapêutico da droga convulsivante antes da gestação como forma de guiar o ajuste da medicação durante a gravidez, uma vez que esse nível é determinado de forma individualizada para cada paciente.

Nos casos de acompanhamento médico adequado pelo especialista e uso correto das medicações, a maioria das gestantes não experimenta mudança da frequência de convulsões durante a gravidez. Um dos principais fatores do prognóstico é o tempo livre de crises. Pacientes com doença controlada há, pelo menos, 1 ano antes da concepção, têm menor chance de apresentarem convulsão durante a gravidez, enquanto que mulheres que apresentam crises durante o período periconcepcional apresentam mais que o triplo de chance de continuarem tendo convulsões durante a gestação.

Alterações fisiológicas durante a gravidez incluem: hipervolemia e aumento do débito cardíaco, diminuição da concentração de proteínas plasmáticas (inclusive, albumina), retardo no esvaziamento gástrico, aumento da taxa de filtração glomerular e alteração da atividade das enzimas hepáticas.

A rápida alteração na farmacocinética durante a gravidez pode resultar em queda do nível sérico das medicações anticonvulsivantes. Redução acima de 35% do nível terapêutico prévio à gestação, pode colocar a paciente em risco de apresentar novas crises. Medicações com maior queda no nível sérico durante a gravidez são: lamotrigina, levotiracetam, oxycarbamazepina, fenobarbital, fenitoína e topiramato.

Outros fatores que podem influenciar na frequência de crises durante a gravidez: privação de sono, baixa adesão ao tratamento e politerapia.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UTIAD2-MEAC.003	
Título do Documento	CONVULSÃO E EPILEPSIA	Emissão: 22/10/2025	Próxima revisão: 22/10/2027
		Versão: 2	

A abordagem inicial da paciente inclui avaliação e proteção de vias aéreas, avaliação da respiração e estabilização hemodinâmica. Em casos de TCE, considerar realizar também proteção da coluna cervical com estabilização da mesma.

O tratamento específico e prevenção das convulsões deve ser realizado em conjunto com Neurologista e a paciente, de forma a considerar a mudança da politerapia para monoterapia ou ajuste da dose, se possível, nos casos de monoterapia. Também deve-se considerar a possibilidade de efeitos adversos para o feto de acordo com a medicação que a paciente faz uso. Risco fetais incluem: restrição de crescimento intrauterino, mal formações congênitas, alterações cognitivas e aumento do risco de distúrbios no desenvolvimento do sistema nervoso.

Tabela 1. Potenciais complicações fetais causadas por medicamentos anticonvulsivantes.

Carbamazepina	Cardíacas, fendas labial e palatina, pé torto congênito
Fenobarbital	Restrição de crescimento fetal, fenda labial e palatina
Fenitoína	Fendas labial e palatina, pé torto congênito
Topiramato	Perdas gestacionais, restrição de crescimento fetal, fendas faciais
Valproato	Perdas gestacionais, hipospadia, fendas faciais, pé torto congênito

Adaptada de *Veroniki et al.*

10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

Mudanças na terapêutica anticonvulsivante devem ser compartilhadas com a paciente e realizadas em conjunto com Neurologista, de forma a considerar: segurança da droga, perfil de teratogenicidade, posologia e disponibilidade no mercado.

Valproato relaciona-se ao maior risco de mal formações congênitas e esse risco é dose-dependente. Fenobarbital e topiramato possuem risco intermediário a órgãos específicos e lamotrigina e levotiracetam são associados ao menor risco. Nos casos de alto risco de teratogenicidade, deve-se considerar mudança no tratamento e introdução de outros anticonvulsivantes que proporcionem menor risco fetal.

11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

A maioria dos casos de controle de convulsão e ajuste de medicações pode ser feito a nível ambulatorial.

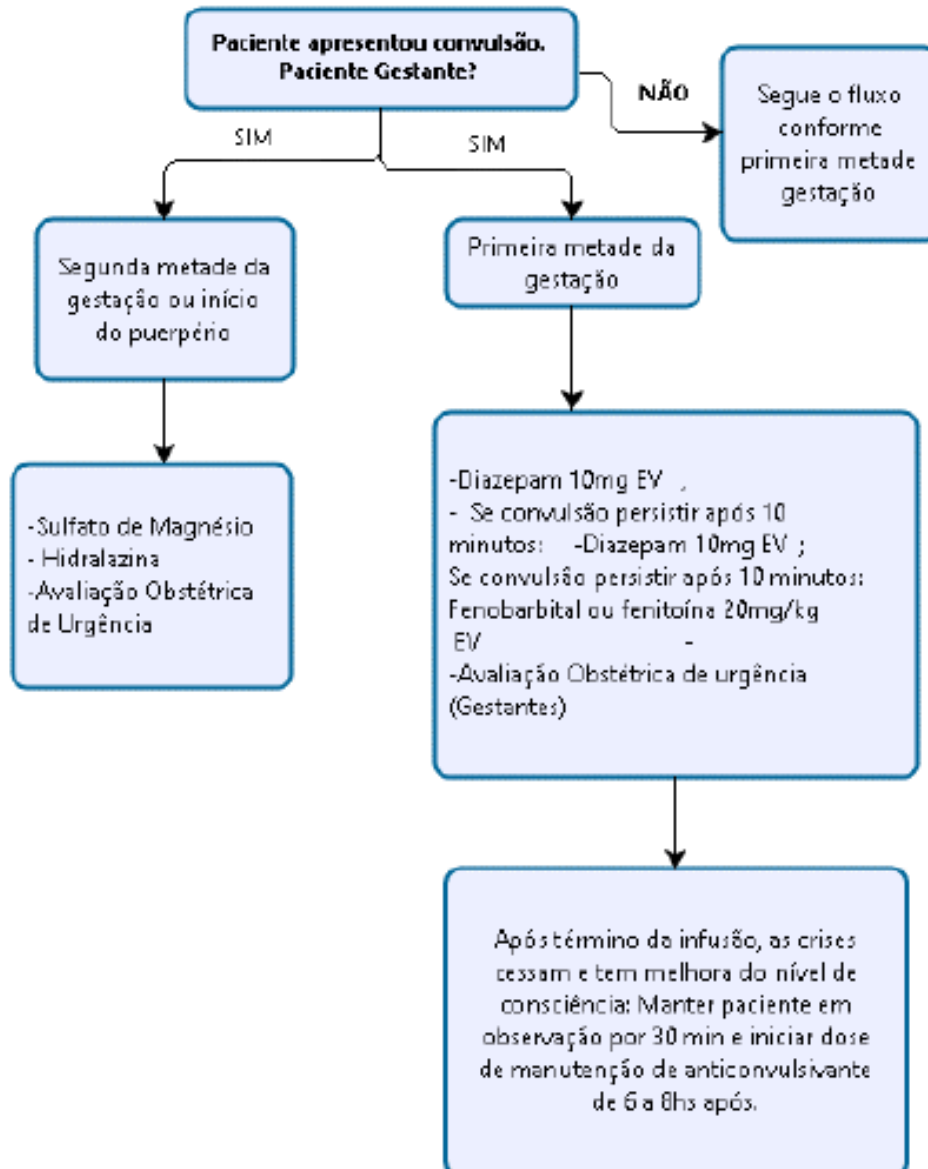
Em caso de instabilidade clínica, estado de mal epilético, difícil controle das crises convulsivas ou qualquer outra situação que coloque em risco a vida da gestante ou do feto, deve ser considerada internação hospitalar até resolução do quadro, preferencialmente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Uma vez que a paciente não esteja mais gestante e não necessite mais de acompanhamento obstétrico, porém, ainda tenha indicação de internamento hospitalar, deve-se considerar possibilidade de transferência da paciente para hospital com serviço de referência em Neurologia, de preferência.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UTIAD2-MEAC.003
Título do Documento	CONVULSÃO E EPILEPSIA		Emissão: 22/10/2025
			Próxima revisão: 22/10/2027
			Versão: 2

12. FLUXOGRAMAS

AValiação e ABORDAGEM DA PACIENTE COM CONVULSÃO



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UTIAD2-MEAC.003	
Título do Documento	CONVULSÃO E EPILEPSIA	Emissão: 22/10/2025	Próxima revisão: 22/10/2027
		Versão: 2	

13. REFERÊNCIAS

- Li Y, Meador KJ. Epilepsy and Pregnancy. Continuum (Minneap Minn). 2022 Feb 1;28(1):34-54. doi: 10.1212/CON.0000000000001056. PMID: 35133310; PMCID: PMC9642109.
- Tomson T, Battino D, Bromley R, Kochen S, Meador K, Pennell P, Thomas SV. Management of epilepsy in pregnancy: a report from the International League Against Epilepsy Task Force on Women and Pregnancy. Epileptic Disord. 2019 Dec 1;21(6):497-517. doi: 10.1684/epd.2019.1105. PMID: 31782407.
- Pack AM. Epilepsy Overview and Revised Classification of Seizures and Epilepsies. Continuum (Minneap Minn). 2019 Apr;25(2):306-321. doi: 10.1212/CON.0000000000000707. PMID: 30921011.
- Ministério da Saúde do Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Epilepsia 2018. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2018/epilepsia-pcdt.pdf/view>
- Veroniki AA, Cogo E, Rios P, Straus SE, Finkelstein Y, Kealey R, et al. Comparative safety of anti-epileptic drugs during pregnancy: a systematic review and network meta-analysis of congenital malformations and prenatal outcomes. BMC Med. 2017;15(1):95.
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Epilepsia e gravidez. 3a ed. São Paulo: FEBRASGO; 2024. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 3/ Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

14. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2	22/10/2025	Atualização da versão

15. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

ELABORAÇÃO/REVISÃO	
Marza de Sousa Zaranza, Elana Couto Alencar	
VALIDAÇÃO	
Raquel Cavalcante Mota Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.0360072025-11, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Maria da Piedade Albuquerque Chefe da Unidade de Terapia Intensiva Adulto da Meac	Conforme Processo SEI nº 23533.0360072025-11, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Zeus Peron Barbosa do Nascimento Chefe do Setor Materno-Infantil	Conforme Processo SEI nº 23533.0360072025-11, assinado eletronicamente.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br