

ABORDAGEM DA CRISE EPILÉPTICA EM CRIANÇAS NA SALA DE EMERGÊNCIA

Angelita Effting Valcanaia¹; Gabriela Brühmüller Borges Ávila¹; Maria Olivia da Silva¹; Suellen Suemi Shimada¹; Yara Viñé de Barros¹

¹Centro Universitário de Várzea Grande. UNIVAG. Várzea Grande, Brasil.

INTRODUÇÃO: A crise epiléptica decorre da atividade elétrica anormal ocasionada por um distúrbio neurológico, podendo ser espontâneo ou secundário a febre, alteração hidroeletrólítica ou encefalíte. O quadro clínico dependerá da área cerebral afetada, gerando manifestações clínicas motora, sensitivas ou autonômicas. As crises convulsivas são de grande demanda no setor de emergências, representando cerca de 1-5% dos atendimentos. Além disso as crianças são as maiores acometidas, estimasse que 6% delas apresentarão ao menos uma crise epiléptica. Em estudos anteriores, Lacroix *et all* analisando dados em unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCI) obteve que 1,6% das internações foram devido ao estado de mal epiléptico, sendo 6% a taxa de mortalidade. Diante das altas incidências tem se tornado essencial ao médico emergencista estar atualizado quanto aos protocolos de atendimento de crises convulsivas. **MÉTODO:** Revisão Bibliográfica nos bancos de dados do Scielo e Lilacs, com as palavras-chaves “crise epiléptica”, “estado de mal epiléptico” e “infância” para a busca de artigos. **RESULTADOS:** As crises epilépticas em crianças podem ser classificadas de acordo com o tempo de duração: episódios breves, com menos de 5 minutos, ou episódios prolongados, com mais de 5 minutos. Os episódios breves geralmente tem resolução sem tratamento. Enquanto que os episódios prolongados, também denominados em algumas literaturas como estado de mal epiléptico, necessitam de tratamento médico. Segundo o algoritmo da Sociedade Americana de Epilepsia (AES) o tratamento na sala de emergência é dividido em 3 fases. A primeira com duração até o 20º minuto é direcionada para medidas de suporte a vida, com os cuidados de vias aéreas, oxigenação e acesso venoso, além da administração de benzodiazepínico, como o lorazepam ou diazepam intravenoso, ou o midazolam intramuscular, na impossibilidade de acesso venoso. A segunda fase ocorre quando há falha do benzodiazepínico, assim é indicado a utilização de uma segunda droga anticonvulsivante, como a fenitoína, fosfenitoína ou fenobarbital. A terceira fase é indicado repetir a segunda fase, além da utilização de um anestésico geral, como o

tiopental, e medidas de monitoramento como atendimento na UCI e eletroencefalograma contínuo. **CONCLUSÃO:** Devido a alta incidência de crises epiléticas na infância, associada a presença de óbitos e sequelas, torna-se essencial ao médico emergencista a identificação e tratamento precoce da patologia.