



**CLINICAL &  
BIOMEDICAL  
RESEARCH**



REVISTA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE E  
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Volume 42, Supl. - outubro 2022



12 a 16  
SET  
2022

Semana  
**CIENTÍFICA**  
do HCPA

**Anais**

**1038 - Abordagem Inicial Após Crise Epiléptica no Paciente Internado no CETER-HCPA (Centro de Tratamento de Epilepsia Refratária do Hospital de Clínicas).**

Matheus Bernardon Morillos, Martim Tobias Bravo Leite, Fernando Augusto Marion Spengler, Carolina Rodrigues Formoso, Gabriel Paulo Mantovani, Ana Paula Gouvêa, Debora Rosilei Miquini de Freitas Cunha, Juliana Unis Castan, Suzana Veiga Schönwald, José Augusto Bragatti, Juliana Ávila Duarte, Eduardo Goellner, Jorge Wladimir Junqueira Bizzi, Carolina Machado Torres, Marino Muxfeldt Bianchin

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

**INTRODUÇÃO** A Epilepsia afeta cerca de 70 milhões de pessoas no mundo. Em 30% das pessoas com epilepsia a doença não é controlada, o que representa um desafio terapêutico. Nos centros de monitorização em epilepsia é possível melhorar a capacidade diagnóstica e terapêutica. No Centro de Tratamento de Epilepsia Refratária (CETER) do HCPA, os pacientes estão propensos a terem crise epiléptica através de mecanismos que aceleram sua ocorrência, o que torna uma internação com risco de eventos adversos. Descreveremos novas práticas de abordagem inicial após uma crise epiléptica a serem adotadas nesse setor com o objetivo de redução dos eventos adversos relacionados. **METODOLOGIA** Foi realizada uma revisão não sistemática nos últimos 10 anos nas bases de dados a seguir: PUBMED, LILACS e SCIELO. A busca incluiu os termos: "epilepsy center" e "drug resistant epilepsy". A revisão abordou aspectos relevantes à internação em centros de epilepsia sobre prevenção e manejo de eventos adversos. Foram selecionados apenas artigos voltados para os recursos disponíveis no HCPA. **DESCRIÇÃO** Inicialmente o objetivo é avaliar se o paciente está apresentando uma crise epiléptica. Chame o paciente pelo nome e caso não haja resposta, faça um estímulo. Solicite que ele descreva o que está sentindo. Caso não esteja responsivo, o objetivo é garantir a segurança do paciente através do suporte básico de vida. Inicialmente, deve ser checada a perviedade da via aérea. Em seguida, se houver secreção abundante realizar aspiração através de sucção e colocar o paciente em decúbito lateral. O passo a seguir é a suplementação de oxigênio através de máscara com reservatório em 15 litros/min. Caso o paciente esteja apresentando movimentos tônico-clônicos proceder com a realização de 10mg de Diazepam endovenoso. Os sinais vitais devem ser aferidos e o paciente deve ficar monitorizado. Após, comunicar o plantão clínico. Na grande maioria, a crise epiléptica é autolimitada e o paciente já será encontrado em estado de pós-ictal quando da chegada da equipe. Da mesma forma, os passos de checagem de via aérea, respiração, sinais vitais e oferta de oxigênio devem ser realizados além da comunicação do plantão clínico, com objetivo de reduzir a morbidade associada ao evento. O Time de PCR (R: 1444) deve ser acionado se o paciente não tiver respiração espontânea ou pulso carotídeo. O Time de Resposta Rápida (R: 17300) deve ser acionado se mesmo com a oxigenioterapia houver dessaturação ou se a crise não cessar.