

Estudo original

Relato de experiência: construção de um protocolo de atendimento à crise convulsiva

Experience report: construction of a convulsive crisis protocol

Larissy Araujo¹, Cássia Alves¹, Daiane Almeida*¹, Gustavo Lima²

¹ Centro Universitário Tiradentes, Alagoas, Brasil

² Universidade Federal de Alagoas, UFAL, Brasil

* Correspondente: leitedai@gmail.com

Recebido: 20 março 2020; Aceito: 18 junho 2020; Publicado: março 2021

Resumo

Objetivo: apresentar o desenvolvimento de um protocolo de atendimento aos pacientes vítimas de crise convulsiva.

Métodos: trata-se de um relato de experiência que descreve as fases do processo de elaboração da estratégia de assistência por um protocolo. **Discussão:** o protocolo propõe descrever as etapas de manejo para controle das crises que atendam as normatizações da unidade e do Ministério da Saúde, tendo sido organizado de forma esquemática de acordo com o momento ou episódio, sendo identificados os sinais de risco clínico desde a classificação de risco até alta médica. **Conclusão:** a elaboração do protocolo de crise convulsiva possibilitou o aprofundamento nos conhecimentos técnicos, científicos e organizacionais do serviço com uma padronização de condutas, possibilitando uma assistência de qualidade.

Palavras-chave: convulsões; protocolo; assistência ambulatorial

Abstract

Background: to highlight the importance of the construction and implementation of a protocol for the management of seizures in the 24-hour emergency care unit of Benedito Bentes, Maceió / AL, which aims to ensure the provision of quality services, objectively, quickly and resolutely to patients. in situations of seizure. **Methods:** this study is an experience report elaborated by describing the phases of the assistance strategy elaboration process by a protocol. **Discussion:** thus, the presented seizure protocol proposes to describe the management steps for seizure control that meet the unit's norms according to the Ministry of Health, and was organized schematically according to the moment or episode. Signs of clinical risk from risk classification to medical discharge have been identified. **Conclusion:** elaborating a protocol for a unit while nurses in an extracurricular stage, allowed the deepening of scientific technical knowledge, arousing a greater interest in research to enable quality care, seeing the patient holistically in all socioeconomic aspects.

Keywords: seizures; protocol; outpatient care

Introdução

A crise convulsiva pode ser caracterizada como um sinal de alerta que suscita condutas norteadas ao tratamento e diagnósticos de doenças neurológicas implícitas, com indagações que comparem o prognóstico neurológico e a utilização de medicações anticonvulsivantes¹.

Esse acesso deve-se a alguns processos fisiológicos e patológicos que podem influenciar na origem da epilepsia, tais como a febre, fatores metabólicos, ativação sensorial, fatores emocionais, ritmos circadianos, e fatores hormonais².

Os sinais e sintomas presentes em uma crise convulsiva caracterizam o tipo de convulsão, podendo ser do tipo generalizada ou parcial. Crise convulsiva generalizada é caracterizada quando há movimentos dos braços e pernas, rigidez, desvio dos olhos para um dos lados, descontrole dos esfíncteres e perda da consciência. A face pode ficar acinzentada porque o indivíduo não consegue respirar durante a crise. De acordo com as características da crise, esta pode pertencer às crises de grande mal ou de pequeno mal¹.

As crises convulsivas podem apresentar-se de várias formas, entretanto, de modo geral, verifica-se a presença de sialorreia, dentes cerrados, mordedura da língua, cianose (no início da crise), palidez, relaxamento de esfíncteres, perda de reflexos e de consciência, podendo haver apneia³.

Durante a crise generalizada de grande mal, o doente passa pela fase tônica e fase clônica (movimentos tônico-clônicos) várias vezes, e há perda da consciência. Na fase tônica, os movimentos são violentos, rítmicos e involuntários; pode haver emissão de um som característico pela boca (grito) e dura pouco tempo. Além disso, a pele pode ficar cianótica, se a pessoa não respirar durante a crise (apneia). É normal o doente ficar cansado e sonolento no final da crise¹.

Na crise parcial simples, as convulsões são limitadas a uma área do corpo, mas podem estender-se a outras áreas, sem haver perda do conhecimento; os indivíduos veem ou ouvem coisas ou sons que não existem. Já na crise parcial complexa, os movimentos da boca são contínuos, como se a pessoa estivesse a mastigar. Os movimentos do corpo não têm coordenação ao pegar em objetos, mexer na roupa, despir-se e andar. Na crise mioclônica, há contrações musculares súbitas e fortes em todo ou parte do corpo⁴.

No pequeno mal, há uma perda breve de consciência que pode passar despercebida. Na crise focal simples ou acinética, não há perda da consciência e há alteração temporária no movimento, sensibilidade e função em um dos membros. Se houver perda da consciência, chama-se crise focal complexa⁴.

Na crise atônica, quando o corpo fica mole, como se fosse feito de borracha, a pessoa sofre uma queda se estiver em pé. A crise de ausência caracteriza-se por redução do nível de consciência: a pessoa fica geralmente na posição em que estava antes da crise, mas com um olhar como se estivesse ausente⁴.

As emergências neurológicas são comuns dentro dos centros de urgência e emergência, principalmente as crises convulsivas, que correspondem de 1% a 2% dos atendimentos nas emergências, sendo 25% dessas a primeira. Nesse sentido, o primeiro atendimento, quando executado de forma adequada, pode evitar sequelas e diminuir a mortalidade; entretanto, essa afecção é um desafio para as unidades de emergências, onde muitos profissionais não são preparados para o atendimento ao paciente com o referido distúrbio⁵.

Diante do exposto, evidenciada a necessidade de estabelecer rotinas baseadas em evidências científicas, há necessidade de um instrumento norteador, eficaz e resolutivo para o manejo de atendimento dessas situações. Os protocolos surgem com o propósito de melhorar e organizar os serviços de saúde e sistematizar a oferta da assistência, e podem resultar de diretrizes provenientes do SUS ou surgir da demanda dos propósitos ao tentar solucionar problemas concretos do seu cotidiano⁶.

De forma mais sintética, protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaborados a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde. Protocolos clínicos são instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos

usuários, apresentando características voltadas para a clínica, e para as ações preventivas, promocionais e educativas⁷.

Portanto, o objetivo do estudo é apresentar uma proposta de protocolo de atendimento à crise convulsiva. Esse relato busca demonstrar a importância da construção, bem como a implantação de um protocolo para manejo de crise convulsiva em uma UPA no município de Maceió, Alagoas, o que evidenciará a prestação de serviço de saúde com qualidade, de forma objetiva, rápida e resolutiva a pacientes em situações de crise convulsiva, derivadas de doença epiléptica ou de outras origens.

Materiais e Métodos

Esse estudo trata-se de um relato de experiência descritivo e exploratório, que apresenta o processo de construção coletiva por meio da descrição das fases de um protocolo de atendimento a crise convulsiva.

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou ações e sua relevância estando na pertinência e importância dos problemas que nele se expõem e se apresentam, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos e/ou de resultados de intervenção em outras situações similares, ou seja, serve como uma colaboração a práxis metodológica da área à qual pertence.

O município de Maceió, capital de Alagoas, abrange uma área de 509,5km² e uma população 932.078 (8). Atualmente, Maceió tem como referência 4 Upas de nível III que funcionam 24 horas, localizadas no bairro Benedito Bentes, Trapiche da Barra, Cruz das Almas e Tabuleiro dos Martins.

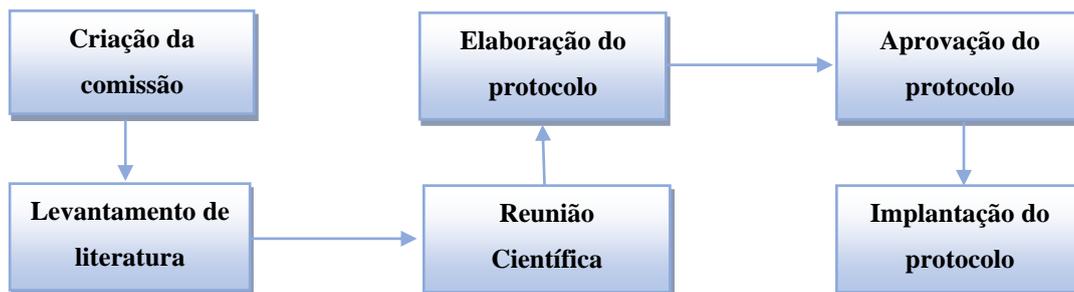
O cenário da pesquisa foi uma Unidade de Pronto Atendimento localizado no bairro do Benedito Bentes na cidade de Maceió-AL, com capacidade para atender mais de 450 pacientes por dia, e conta com uma equipe gestora, com administrador, equipe multiprofissional com médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, farmacêutico, assistentes sociais, odontologistas, além de equipes de apoio, higienização, portaria, recepção, engenharia clínica, imobilização ortopédica, radiologia e laboratório.

Para a elaboração do Protocolo de Atendimento à Crise Convulsiva, foi criada uma comissão com uma equipe multiprofissional composta por duas Enfermeiras, dois Enfermeiros, um Médico, um Gestor da administração da unidade, totalizando assim em 06 componentes.

A construção do protocolo se fundamentou na análise de artigos, pesquisados nas bases de dados disponíveis online com os conteúdos pertinentes e relevantes ao tema, e utilizando os descritores Convulsões, Protocolo e Assistência Ambulatorial.

Após o levantamento de literatura iniciou-se as reuniões científicas seriadas a fim de discutir e sistematizar toda a produção científica levantada anteriormente. Por fim, foi elaborado o protocolo de atendimento assistencial e um fluxograma de manejo para conduzir a assistência que será prestada ao paciente de forma efetiva, onde será implantado nas UPAS com os recursos necessários para o suporte local.

O processo construtivo ocorreu no período de setembro a dezembro de 2019. Posteriormente, o protocolo seguiu para setor de Gestão da Qualidade e Direção Técnica para dar os respectivos consensos; e, por fim, o protocolo foi direcionado à aprovação da Direção Geral da unidade.

Figura 1. fluxograma de construção do protocolo de atendimento à crise convulsiva.

Resultados

Devido à grande demanda de casos de crise convulsiva e ausência de padronização para o manejo desses casos, foi proposta a criação de um protocolo de controle das crises sendo elas derivadas de mal epilético ou outras origens. O protocolo apresentado descreve as etapas de manejo para controle das crises que atendam às normatizações da unidade.

Dessa forma, organizou-se de forma esquemática de acordo com o momento ou episódio, sendo identificados os sinais de risco clínico desde a classificação de risco até alta médica. Assim, o referido atendimento pode ser didaticamente dividido em 2 etapas.

Acolhimento com Classificação de Risco

O paciente será classificado pelo enfermeiro conforme a apresentação da crise convulsiva: se está em curso ou já ocorrida, de acordo com fluxograma de crise convulsiva pelo Protocolo de Manchester, seguindo as recomendações descritas na tabela 1.

Tabela 1. Classificação de risco de acordo com os discriminadores.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	DESCRIMINADORES
VERMELHA	Convulsionando Hipoglicemia 55 mg\dl Choque Respiração inadequada
LARANJA	Alteração do nível de consciência Sinais de meningismo História de overdose ou envenenamento Neonato e bebê quente ($\geq 38,5$ °C) Criança e adultos muito quentes (≥ 41 °C) Sepse possível
AMARELA	História de trauma crânioencefálico Neonato febril (37,5 °C -38,4 °C) Crianças e adultos quentes (38,5 °C – 40,9 °C)
VERDE	Cefaleia Bebês, crianças e adultos febris (37,5 °C – 38,4 °C) Evento recente

Fonte: Grupo Brasileiro de classificação de risco, 2016⁹.

Além da identificação dos sintomas, é necessário aferir os sinais vitais do paciente, pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), hemoglicoteste (HGT), saturação de oxigênio, avaliar nível de consciência, sinais de trauma craniano ou de coluna, reatividade pupilar, sinais de meningismo ou infecção e nível de dor.

Atendimento e Manejo Clínico

No decorrer da classificação de risco, serão identificados os níveis de gravidade e consequentemente será traçado o manejo para cada um deles. O paciente que apresentou crise há menos de 24 horas deve ser encaminhado para a sala de observação amarela imediatamente, onde será acolhido e observado por equipe multidisciplinar, visto o risco de novas crises. Se a crise ocorreu há mais de 24 horas, encaminhar para atendimento médico em até 60 minutos.

Os pacientes que estão em crise deverão ser encaminhados para sala vermelha imediatamente, local com equipe e equipamentos disponíveis para iniciar um atendimento rapidamente. A equipe realizará avaliação e o manejo simultaneamente, aplicando o protocolo MOVE, já instituído na unidade, fazendo a monitorização do paciente. Deverá ser ofertado oxigênio, se saturação de oxigênio inferior a 94%, estabelecer acesso venoso, e realizar exame clínico e complementar, se necessário. Além disso, realizar a comunicação imediata com o médico plantonista, e iniciar manobras específicas de estabilização, com lateralização do paciente e utilização de coxins para evitar possíveis traumas durante a convulsão. A intervenção medicamentosa, suas respectivas dosagens e o tempo devem seguir as recomendações da tabela 2.

Tabela 2. Recomendações de medicamentos, vias e dosagens de acordo com o tempo de crise convulsiva.

	MEDICAÇÃO	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSAGEM	TEMPO DA CRISE
ADULTO	DIAZEPAM	Endovenosa	0,1 a 0,5 mg/kg	0 a 5 min
	MIDAZOLAM	Endovenosa/ intramuscular	2ml (5mg/ml)	Mais de 5 min
	FENITOÍNA	Endovenosa	20mg/kg em SF 0,9%	Ate 10 min
	FENOBARBITAL	Endovenosa em bolus	20mg/kg	Persistirem por mais de 30 min
CRIANÇA	DIAZEPAM MIDAZOLAM	Endovenosa/retal	1mg/idade ano	
GESTANTE	SULFATO DE MAGNÉSIO	Intramuscular	10g (5g em cada glúteo)	

Fonte: autores da pesquisa, 2019.

O atendimento por todos os profissionais deve ocorrer seguindo o protocolo existente na unidade para uma melhor assistência ao paciente, visando, não somente o controle, mas também os cuidados após a crise convulsiva, sendo eles: observar se a pessoa sofreu lesões, se há dificuldade para respirar, afrouxar roupas apertadas em volta do pescoço e da cintura.

Todo paciente deve permanecer em observação em leito com grades elevadas de 4 a 6 horas; no caso de ser a primeira crise e estável, de 6 a 12 horas, quando o paciente apresenta sinais de alerta, não oferecer nada para comer ou beber, até que esteja totalmente acordado e consciente.

Paciente convulsionando ou inconsciente

SIM

Em todos os casos.

SIM

Se estiver tendo convulsão.

Aferir: Pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, glicemia capilar, saturação de oxigênio.

Investigar: Sinais de trauma de crânio e coluna, pupilas dilatadas ou puntiformes, sinais de meningite ou infecção sistêmica, deficit focais.

Perguntar sobre: (Caso inconsciente, pergunte ao acompanhante) “teve convulsão recente?”

Duração da alteração de consciência/convulsão.
Número de convulsões.

História de trauma de crânio ou de pescoço.

Outros problemas médicos, medicação, intoxicação ou uso de outras substâncias, abstinência de álcool, diabetes.
História de epilepsia.

Diagnóstico de gravidez.

Se estiver na 2ª metade da gravidez ou até a 1ª semana pós-parto **E** sem história de epilepsia:

Suspeite de eclampsia.

SIM

Se houver suspeita de **trauma craniano ou de pescoço** **ou** **neuroinfecção.**

Verificar vias áreas, respiração e circulação.

Proteger a paciente contra ferimentos.

Não deixar o paciente sozinho, solicite ajuda.

Lateralizar o paciente para prevenir aspiração.

Não colocar nada na boca.

Administrar solução salina fisiológica intravenosa (I.V.) a 30 gotas/minuto.

Administrar glicose I.V. (50 ml de glicose 50% no adulto; 2-5 ml/kg de glicose 10% em crianças), ressalva em pacientes alcoolistas ou desnutridos.

Administrar diazepam I.V. 10 mg lentamente (criança; 1 mg/idade ano).

Administrar diazepam retal (na mesma dose acima), se não conseguir linha venosa.

NÃO administrar diazepam por via intramuscular.

NÃO administrar mais que duas doses de diazepam.

Administrar sulfato de magnésio 10 g I.M.; aplique 5 g (10 ml de 50% solução) com 1 ml de lidocaína 2% na mesma seringa. I.M. profunda no quadrante superior externo em cada nádega.

Se a pressão arterial diastólica estiver acima de 110 mmHg: aplique hidralazina 5 mg I.V. lentamente (3-4 minutos). Se não for possível, aplique I.M. Se a pressão diastólica permanecer acima de 90 mmHg, repita a dose a cada 30 minutos até que a pressão diastólica atinja 90 mmHg. **Não aplique mais que 20 mg de hidralazina no total.**

Maneje o paciente em convulsão usando o protocolo indicado acima.

Trauma craniano ou pescoço: Não movimente o pescoço.

Neuroinfecção: maneje de infecção de acordo com as diretrizes da instituição.

Discussão

A busca por qualidade assistencial, e a necessidade de oferecer um cuidado com minimização de riscos para os pacientes vêm sendo crescente, e um grande desafio para as instituições de saúde. Nesse sentido, grandes sociedades e instituições vêm se debruçando sobre o assunto, lançando e ajustando as condutas frente a essas situações e buscando ferramentas de melhorias.

A classificação de risco é uma ferramenta de manejo clínico, empregado nos serviços de urgência, para efetuar a construção dos fluxos dos pacientes, assegurando atenção médica de acordo com o tempo de resposta e com a necessidade do paciente. O método delineado pelo Sistema Manchester de Classificação de Risco permite a definição rápida de uma prioridade clínica⁹.

O processo de classificação ocorre envolvendo escolha de um fluxograma condizente com a queixa principal ou sinal e sintoma que motiva o paciente a procurar o serviço. Cada fluxograma possui seus discriminadores, que irão diferenciar os pacientes entre si, de forma que eles possam ser alocados para uma das cinco prioridades clínicas. O Sistema Manchester de Classificação de Risco dispõe de uma lista, compilada após consenso, que abrange todas as situações apresentadas nos serviços de urgência, e sendo a convulsão uma situação de grande importância e impacto, foi separado um fluxograma específico para o seguimento⁹.

Essa metodologia acontece propositalmente nesse formato devido aos serviços de urgência responderem, na maioria das vezes, de acordo com os sinais e sintomas que o paciente apresente. Sua efetividade pode ser verificada no estudo realizado em um hospital privado de médio porte, localizado no norte paulista, o qual realiza aproximadamente 12.000 atendimentos/mês, mostrando que o protocolo de classificação de risco foi capaz de prever o destino e desfecho clínico (internação, alta, óbito), associação entre as classificações de alta prioridade e o maior número internações entre esses pacientes, quando comparados com os menos urgentes¹⁰.

Acerca da validade e confiabilidade do Protocolo de Triagem de Manchester, em revisão integrativa de literatura com 14 artigos, revela-se que o referido protocolo possui uma confiabilidade que varia entre moderada a quase perfeita, além de proteger os pacientes, ao garantir um maior nível de prioridade e ser um bom preditor da necessidade de internação e da mortalidade¹¹.

A intervenção medicamentosa para a condução da crise convulsiva é o ponto temporal e, por intermédio do consenso da força-tarefa da Liga Internacional contra a Epilepsia (ILAE), determinou-se que o tratamento de crises convulsivas deve ser iniciado aproximadamente aos cinco minutos. Esse ponto temporal também é utilizado como parâmetro para iniciar a terapia com medicamentos anticonvulsivantes em diversos protocolos. É recomendado “iniciar o cronômetro” quando uma convulsão durar mais de cinco minutos¹².

No que diz respeito à escolha do tratamento com anticonvulsivantes, no estudo com 11 diretrizes nacionais ou regionais, publicadas em inglês, estudadas, foi evidenciado que oito recomendam o uso de diazepam na primeira fase temporal da crise (até 5 minutos), deixando claro também que o tratamento com mais de duas doses de benzodiazepinas foi associado à depressão respiratória. A indicação do diazepam como primeira escolha para as crises convulsivas também é registrado pelo Ministério da Saúde no Protocolo de Manejo e Conduta do Estado de Mal Epilético. Ambos os documentos indicam que a dose de diazepam deve ser administrada por via de intravenosa^{13, 14}.

O mesmo estudo recomenda o uso do midazolam como uma segunda escolha ao diazepam. Esse deve ser considerado sempre que não existir a possibilidade de acesso venoso durante a crise e em casos de recorrência. Os anticonvulsivantes fenitoína e fenobarbital estiveram padronizadas em mais de 80% das diretrizes analisadas, corroborando assim sua eficácia para a contenção da crise¹³.

Conclusão

A elaboração do protocolo com base científica consultada na literatura possibilitou o desenvolvimento de ações e intervenções criadas de forma esquematizada para assistência de pessoas em crise convulsiva que chegam a uma unidade de pronto atendimento. Durante o processo de elaboração, percebeu-se a importância da pactuação de condutas que direcionariam os profissionais às determinadas intervenções, de forma a criar um instrumento que possa efetivamente ser utilizado para que as condutas profissionais sejam feitas de forma eficaz, que resulte diretamente na assistência ao paciente e no seu melhor prognóstico.

Diante disso, a elaboração de um protocolo de crise convulsiva possibilitou o aprofundamento nos conhecimentos técnico-científicos, como também a organização do serviço com uma padronização de condutas que possibilita uma assistência de qualidade, vendo o paciente de forma holística, com atendimento desde o momento da crise até os seus cuidados após ocorrida.

Conflito de interesse: Os autores declararam não haver nenhum conflito de interesse.

Referências

1. Ferreira DMF, Toschi LS, Souza TO. Distúrbios de linguagem e epilepsia. *Estudos*. 2006;5/6(33):455-71.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Liga Brasileira de Epilepsia. São Paulo, 2019. [epilepsia.org.br > o-que-e-epilepsia](http://epilepsia.org.br/o-que-e-epilepsia). 07/11/2019
3. Castro LHM. Crise Epilética. In: Martins HS, et al. Pronto Socorro – Diagnóstico e Tratamento em Emergências. 2 ed. Barueri: Manole, 2008. http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2213/crise_epileptica.htm. 07/11/2019.
4. Yacubian EMT. Epilepsia na infância, drogas antiepilépticas, prognóstico. *J Pediatr*.78 (Suppl.1): S19-27, 2002. <http://www.jped.com.br/conteudo/02-78-S19/port.pdf>. 07/11/2019
5. Preux PM, Ratsimbazafy V, Jost J. Epidemiology of febrile seizures and epilepsy: a call for action. *J Pediatr (Rio J)*. 91:512--4. 2015
6. Almeida AS, et al. Relato sobre a construção de um protocolo de enfermagem em puericultura na atenção primária. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 10(2):683-91, fev., 2016
7. Werneck MAF. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço / Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2013. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>. 07/11/2019
9. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco - Sistema Manchester de classificação de risco, 2 edição, 2016. Belo Horizonte. [gbc.org.br > curso-sistema-manchester](http://gbc.org.br/curso-sistema-manchester). 07/11/2019
10. Mendes TJM. Associação entre o acolhimento com classificação de risco, desfecho clínico e o escore mews. *Rev Min Enferm*. 22, e-1077, 2018;
11. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP* . 49(1):144-151, 2015.
12. Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, Rossetti AO, Scheffer IE, Shinnar S, et al. A definition and classification of status epilepticus - report of ILAE task force on classification of status epilepticus. *Epilepsia*.56:1515-23, 2015.
13. Au CC, Branco RG, Tasker RC. Management protocols for status epilepticus in the pediatric emergency room: systematic review article. *J Pediatr (Rio J)*.93:84-94, 2017.