

Abordagem das Crises Epilépticas na Emergência Pediátrica

Resumo

Introdução: As crises epilépticas, sejam agudas ou relacionadas à epilepsia, são uma emergência neuropediátrica importante, não somente pela frequência, mas também pela associação a situações de alta morbimortalidade e, não menos importante, de impacto psicossocial e familiar. **Objetivo:** O presente artigo de revisão buscar trazer, de uma forma sintética, os principais conhecimentos necessários para que o pediatra possa diagnosticar, tratar e investigar a crise epiléptica em um contexto de emergência. **Fontes dos dados:** O material bibliográfico compõe-se de livros clássicos da área e de revisão bibliográfica de artigos dos últimos cinco anos no PUBMED, priorizando-se os artigos de revisão. **Síntese dos dados:** Objetivando uma abordagem prática, discutiremos cinco situações principais - crise febril; crise epiléptica após traumatismo craniano; crise em uma criança com diagnóstico prévio de epilepsia; primeira crise afebril; e estado de mal epiléptico. As prioridades no manejo da crise epiléptica na emergência pediátrica são a interrupção dessa crise (evitar o estado de mal epiléptico), a prevenção de complicações e sequelas, a investigação da etiologia e o tratamento das causas agudas. Por fim, realiza-se o adequado encaminhamento para investigação e tratamento ambulatorial.

Palavras-chave: crise epiléptica, epilepsia, emergência, criança.

Summary

Introduction: Seizures, whether acute or related to epilepsy, are an important neuropediatric emergency, not only by its frequency, but also because of possible morbidity and mortality, and also family and psychosocial impact. **Objective:** To summarize the main findings that pediatricians should know to diagnose, treat and investigate epileptic seizures in the emergency. **Sources:** Classic textbooks in the area and a bibliographic review of the last five years in PUBMED giving priority to review articles. **Data synthesis:** Aiming a practical approach, we discuss five main topics: febrile seizure, seizure after head trauma, seizure in a child with a previous diagnosis of epilepsy, the first afebrile seizure and status epilepticus. The priorities in the management of seizures in the pediatric emergency are the interruption of the seizure (avoid status epilepticus), prevention of complications and sequelae and the investigation of the etiology and treatment of acute causes with and adequate referral to outpatient treatment.

Key-words: seizure, epilepsy, emergency, child

Heber de Souza Maia Filho

Neuropediatra, Professor Adjunto da Universidade Federal Fluminense/ Programa de Pós-graduação em Neurologia e Neurociências, Presidente do Comitê de Neurologia da SOPERJ (2010-2012)

Endereço de correspondência:

Rua 16 de Março, 102 / Sala 203
Petropolis - CEP: 25620-040
endereço eletrônico:
hebersmf@gmail.com

INTRODUÇÃO

A crise epiléptica é um evento neurológico paroxístico decorrente de uma disfunção neuronal focal ou generalizada, levando à descarga elétrica anormal excessiva. A manifestação clínica dependerá da área cortical acometida, podendo ser motora, sensitiva, autonômica ou psicomotora.⁹ O termo convulsão, largamente utilizado como sinônimo de crise epiléptica, não abrange a totalidade das manifestações do evento, referindo-se apenas às crises motoras. As crises epilépticas provenientes de fatores agudos que promovem essa disfunção neuronal (febre, anoxia, trauma, inflamação, distúrbios metabólicos e eletrolíticos) são chamadas crises epilépticas sintomáticas agudas.⁹ Quando as crises ocorrem na ausência de um fator agudo desencadeante, caracteriza-se a epilepsia, condição que engloba inúmeras síndromes iniciadas na infância. Por isso, é uma das doenças neurológicas crônicas mais importantes na Neurologia Pediátrica. As epilepsias podem ser idiopáticas (quando a etiologia é indefinida) ou sintomáticas (quando uma anormalidade cerebral localizada ou difusa é conhecida).³

As crises epilépticas, sejam agudas ou relacionadas à epilepsia, são uma emergência neuropediátrica importante, não somente pela frequência (1% das crianças e dos adolescentes até 14 anos terão, pelo menos, uma crise epiléptica afebril em suas vidas;¹¹ 2 a 4% das crianças apresentarão crises febris), mas também pela associação a situações de alta morbimortalidade (infecções do sistema nervoso e traumatismo craniano, por exemplo) e, não menos importante, de impacto psicossocial e familiar.

As prioridades no manejo da crise epiléptica na emergência pediátrica são: a interrupção da crise epiléptica (evitar o estado de mal epiléptico), a prevenção de complicações e sequelas; a in-

vestigação da etiologia e o tratamento das causas agudas. Por fim, realiza-se o adequado encaminhamento para investigação e tratamento ambulatorial.

O presente artigo de revisão buscar trazer, de uma forma sintética, os principais conhecimentos necessários para que o pediatra possa diagnosticar, tratar e investigar a crise epiléptica em um contexto de emergência. O material bibliográfico compõe-se de livros e textos clássicos da área, bem como de revisão bibliográfica de artigos dos últimos cinco anos no PUBMED. A metodologia

de pesquisa incluiu os MeSHTerms “seizure”, “status epilepticus” e “febrile seizure” e a restrição de faixa etária pediátrica. Dados os objetivos de educação continuada deste artigo, optou-se por selecionar apenas artigos de revisão sobre o tema.

DIAGNÓSTICO DA CRISE EPILEPTICA

Embora não seja difícil a constatação de uma crise epiléptica de natureza tônico-clônica generalizada e haja vista que o paciente, muitas vezes, chega à emergência já fora da crise, o pediatra

Tabela 1 - Diagnóstico diferencial em caso de crise epiléptica

Neonatos	Mioclona benigna Tremores (Jitteriness) Cólica Apneia Reflexos primitivos
Lactentes	Cólica Perda de fôlego Calafrio (febre) Mioclona do sono Soluço Intoxicação (antieméticos, descongestionantes, anti-histamínicos)
Pré-escolares	Síncope Perda de fôlego Outras causas de manobra vagal (constipação, dor) Concussão Parassonias (terror noturno, sonambulismo) Intoxicação (antieméticos, descongestionantes, anti-histamínicos)
Escolares	Síncope Arritmias cardíacas Outras causas de manobra vagal (constipação, dor) Concussão Parassonias (sonambulismo) Quadros psicogênicos
Adolescentes	Síncope Arritmias cardíacas Concussão Parassonias (sonambulismo) Quadros psicogênicos (transtorno do pânico, síndrome conversiva) Abuso de substâncias
Paralisia cerebral	Movimentos anormais Distonia Coreoatetose Dor Alterações do exame neurológico (hiperreflexia, clônus e reflexos primitivos persistentes)

limita-se apenas à informação dos responsáveis da criança, que, geralmente angustiados com o evento, nem sempre conseguem ser claros quanto às manifestações e, principalmente, quanto à duração da crise. Inúmeros eventos paroxísticos, de natureza neurológica, ou mesmo não neurológica, podem simular crises e devem entrar no diagnóstico diferencial (tabela 1).

As crises epiléticas são classificadas de acordo com a manifestação clínica e dividem-se em: focais, quando denotam a disfunção de uma área específica do córtex, e generalizadas, quando é difusa.⁵ As crises generalizadas, particularmente as tônicas, as clônicas ou as tônico-clônicas, são aquelas que mais motivam a busca da emergência.

Objetivando uma abordagem prática, discutiremos cinco situações principais: crise febril; crise epilética após traumatismo craniano; crise em uma criança com diagnóstico prévio de epilepsia; primeira crise afebril; e estado de mal epilético.

Crise febril

Considera-se crise febril a crise epilética que ocorre na vigência de febre e na ausência de infecção do sistema nervo-

so e de crise neonatal ou afebril prévia. Nessa definição, não se exclui a possibilidade de uma criança com encefalopatia crônica não progressiva (paralisia cerebral) apresentar crise febril, embora se leve em conta a possibilidade de ser um quadro de epilepsia sintomática. A crise febril ocorre em até 4% de crianças antes dos 5 anos¹⁸ e é a principal causa de crise epilética na emergência pediátrica.¹⁷

A faixa etária em que ocorre a crise febril varia conforme a referência: de um mês a 5 anos, de acordo com a Liga Internacional contra a Epilepsia (ILAE), e de 3 meses a 5 anos, segundo o National Institute of Health (NIH).^{2,4} O limite de tolerância, na prática, é de 6 anos. As crises febris são classificadas como simples quando são generalizadas, duram menos de 15 minutos, não se repetem nas 24 horas subsequentes e afetam crianças neurologicamente normais. São complexas quando apresentam início focal, maior duração e repetição ou acometam crianças com doença neurológica de base.¹⁰ Nessas situações, há maior risco de recorrência ou evolução para epilepsia; portanto, são maiores os cuidados com a investigação e o tratamento.

Quando a criança chega em crise epilética febril à emergência, segue-se o protocolo de tratamento válido para as demais situações (tabela 2). Uma vez controlada a crise, considera-se a necessidade de investigação e internação.¹⁰

A internação será ditada pelo risco de infecção do sistema nervoso central (meningoencefalite). Por conseguinte, devem ser observados e reavaliados, após 4 horas, os menores de 18 meses, aqueles que utilizaram antibióticos previamente (o que pode mascarar os sinais meníngeos) e aqueles com crise febril complexa. Já os pacientes com crise febril recorrente devem sempre ser internados. Após um exame neurológico cuidadoso, decide-se pela necessidade, ou não, de punção lombar. Afóra a situação em que o exame clínico e a história sugeriram meningoencefalite, avalia-se, seriamente, a necessidade de punção lombar nos menores de 18 meses. No entanto, sempre se recorre a esse procedimento para os menores de um ano. Convém ressaltar que apenas pouco mais de 1% dos casos de crise febril são atribuíveis à meningoencefalite, uma vez que a principal causa é a infecção de vias respiratórias superiores. Em razão disso, 1/3 dos casos permanecem sem diagnóstico etiológico.¹⁶ Exa-

Tabela 2 - Protocolo de tratamento de crise epilética

Primeira ação	Suporte de vida (A-B-C) Acesso venoso / dosar glicemia / bioquímica
Medicações iniciais em sequência até a crise parar	Diazepam (0,3 a 0,5 mg/kg EV máximo 1 mg/kg/min) ou Diazepam (0,5 mg/kg retal) ou Midazolam (0,2 mg/kg EV máximo 4 mg/kg/min) Fenitoína (20 mg/kg EV diluído 1:20 SF 0,9%, 1 mg/kg/min)
Se crise (10 min)...	Diazepam (0,5 mg/kg EV ou retal)
Se crise (10 min)...	Fenobarbital (20 mg/Kg EV)
Se crise (10 min)...	Midazolam (0,2 mg/Kg EV) Midazolam contínuo (0,05 mg a 0,4 mg/Kg/hora)
Se crise (10 min)...	Tiopental 10 a 120 microgramas/Kg/min ou propofol 3 a 5 mg/Kg/hora Outras opções: valproato EV Solicitação de neuroimagem, monitorização EEG, mais exames laboratoriais (screening toxicológico, pesquisa EIM); gasometria conforme necessidade

mes complementares, como o hemograma, por exemplo, não ajudam na decisão de investigar a meningoencefalite, pois, além da baixa sensibilidade habitual para a doença, comumente ocorre a leucocitose após uma crise epiléptica. Além desses exames, a neuroimagem também não é indicada rotineiramente, exceto em caso de déficit focal persistente, crise febril complexa recorrente ou estado de mal epiléptico.

A crise febril costuma ser um evento único na maioria dos casos. Contudo, ocorre em 1/3 dos pacientes, particularmente quando menores de 18 meses e na presença de história familiar positiva para crise febril em temperatura menor de 40°C ou em crises repetidas no mesmo episódio febril.¹⁶ Dessa forma, as orientações para o tratamento em domicílio restringem-se à detecção precoce de febre, aos cuidados para baixar a temperatura (banhos e compressas, por exemplo) e ao uso de medicação em faixa menor do que o habitual (37,5°C). Dificilmente, indica-se qualquer medida terapêutica em casos de emergência; portanto, ficam a cargo do neuropediatra a definição de uso de benzodiazepínico como profilaxia intermitente (diazepam retal ou clobazam oral nas primeiras 48 horas de febre) ou o uso contínuo de droga antiepiléptica (fenobarbital ou ácido valproico), em raríssimas situações.¹⁰

O risco de epilepsia após um episódio de crise febril está entre 3 a 12%, maior do que na população geral¹⁶. Mas como o diagnóstico pressupõe a recorrência de crises afebris, também é evolutivo, não sendo uma preocupação no momento da alta. Crianças com atraso de desenvolvimento, crises febril complexa e história familiar positiva de epilepsia estão em maior risco.

Crise epiléptica após traumatismo cranioencefálico

Nesta seção, não se discute o trauma-

tismo cranioencefálico (TCE) propriamente dito, mas a crise epiléptica na situação de um trauma na cabeça. O risco de crise epiléptica pós-traumática em crianças está na faixa de 20 a 40% dos casos de trauma craniano, sendo maior em comparação aos adultos, uma vez que elas têm maior sensibilidade a esse tipo de trauma.¹⁴ Para afastar a lesão neurológica, haja vista que podem ocorrer crises sem essa lesão (isquemia, contusão, edema, hemorragia ou corpo estranho – ósseo), toda criança em crise epiléptica após TCE deve ser submetida à neuroimagem (tomografia do crânio). Aqueles pacientes que evoluírem bem após algumas horas de observação, com imagem e exame neurológicos normais, em uma situação de acidente que não sugira a progressão de lesões, podem ser liberados sem antiepilépticos.² A medicação antiepiléptica profilática somente é indicada em caso de sangramento do sistema nervoso central (SNC), espículas ósseas no parênquima, contusão ou edema.⁸

O tratamento agudo da crise é o convencional e será posteriormente discutido (tabela 2).

Crise em uma criança com diagnóstico prévio de epilepsia

Após a crise febril, crianças com epilepsia são o principal grupo que chega à emergência. Cerca de 20% dos quadros de epilepsia são refratários aos medicamentos instituídos e, geralmente, englobam síndromes epilépticas, as quais se associam a diversos tipos de crise em crianças com atraso de desenvolvimento.³ Além dessa situação, outros fatores contribuem para que uma criança com epilepsia saia do controle da doença: abstinência (a descontinuidade da medicação); uso de subdoses (crianças que ganham peso, cujas doses não são reajustadas); febre e quadros infecciosos agudos; vômito e diarreia (diminuição

da biodisponibilidade da medicação, desidratação e distúrbios eletrolíticos); além de outros fatores como, por exemplo, privação de sono e estresse psicológico.

Após a estabilização do quadro, ajusta-se a dose da medicação, quando necessário, a fim de mantê-la em faixa terapêutica. A internação baseia-se no estado do paciente e no risco de recorrência de crises até que a nova dose ajustada surta efeito.⁶

Primeira crise afebril

O paciente que apresenta a primeira crise febril pode iniciar um quadro de epilepsia, o que é impossível de definir nesse momento, ou ter outro fator agudo desencadeante que não seja a febre. A anamnese deve procurar por fatores desencadeantes como, por exemplo, desidratação e distúrbio metabólico ou eletrolítico (diarreia, cetoacidose, erros inatos), intoxicação exógena, processo expansivo e TCE. Interna-se o paciente para monitorização e investigação nos seguintes casos: crise prolongada; crises recorrentes; suspeita de intoxicação exógena; TCE (em caso de atender a algum dos critérios supracitados); neonatos e lactentes com exame neurológico pós-ictal alterado, suspeita clínica de processo expansivo ou erro inato do metabolismo¹⁵. Todavia, estando bem, a criança pode ser encaminhada para seguimento ambulatorial após um período de poucas horas de observação.

A investigação será ditada pela clínica, mas recomenda-se a realização de exames de bioquímica e neuroimagem. Convém ressaltar que, embora a tomografia seja mais fácil na emergência, o ideal, nessa situação, seria a ressonância magnética.

O risco de recorrência de uma crise epiléptica afebril e de instalação de um quadro de epilepsia depende do tipo de crise e da idade da criança, poden-

do variar de 14 a 65% nos primeiros dois anos.³ Cabe lembrar os riscos psicossociais em adolescentes e a situação rara, porém preocupante, de morte súbita associada à epilepsia (SUDEP).¹² A medicação profilática será instituída na emergência nos seguintes casos: grande preocupação médica ou familiar com os riscos descritos anteriormente; crise prolongada (configurando estado de mal epilético); crises de ausência (que não se apresentam de forma isolada); quando a crise não foi a primeira (fechando diagnóstico de epilepsia). Além dessas situações, sugere-se a medicação também a crianças com doença neurológica prévia (paralisia cerebral). Na dúvida, o pediatra pode iniciar a medicação que será mantida ou descontinuada após investigação mais detalhada pelo especialista. A tabela 3 demonstra as indicações primárias de medicamentos antiepiléticos para os diversos tipos de crise.

Estado de mal epilético

Caracteriza-se o estado de mal epilético (EME) pela atividade epilética de qualquer tipo ou pela etiologia com duração superior a 30 minutos, havendo duas ou mais crises subsequentes sem recuperação de consciência entre os episódios nesse período.^{1,7} Em razão dos riscos da continuidade de uma crise epilética, admite-se, atualmente, que qualquer crise de mais de 5 minutos é um estado de mal epilético em potencial. Nesse sentido, ao chegar em crise epilética à emergência, o paciente deve entrar no protocolo de atendimento imediatamente, a fim de se interromper a crise o mais breve possível. O EME decorre de diversas causas agudas, podendo ocorrer em portadores de epilepsia ou mesmo ser idiopático.

A tabela 2 aponta os passos sucessivos

a serem tomados diante de uma crise epilética. Os tratamentos de primeira linha para cessar a crise são os benzodiazepínicos (diazepam ou midazolam venoso), com opção de uso retal (diazepam), bucal, nasal ou intramuscular (midazolam) na ausência de acesso venoso. As medicações de segunda linha são a fenitoína, fenobarbital e valproato endovenosos em dose de ataque. Dá-se preferência ao valproato na crise de ausência, ao fenobarbital em neonatos e lactentes jovens e à fenitoína em TCE e meningoencefalite, por interferir menos no sensorio e facilitar o seguimento do paciente. Nos casos refratários, pode ser necessário o coma induzido (tiopental, propofol), quando o paciente já estiver na unidade de terapia intensiva, monitorizado e com suporte ventilatório.¹ Nessa situação, a monitorização videoeletroencefalográfica é essencial, pois o parâmetro motor é perdido e objetiva-se cessar a atividade epilética constatada no monitor. A utilização de outros medicamentos antiepiléticos por cateter nasoentérico pode ser necessária.

Paralelamente ao tratamento da crise, realiza-se uma avaliação laboratorial para a identificação de etiologias

tratáveis que possibilitem a reversão do quadro. O suporte respiratório e cardiovascular, bem como a hidratação e a monitorização, são essenciais para evitar complicações sistêmicas que promovam morbimortalidade (anóxia, broncoaspiração, falência cardiopulmonar, hipertermia, rabdomiólise, insuficiência renal aguda etc.). O trabalho em equipe, focado em cessar a crise, dar suporte de vida e tratar causas identificáveis, é a base do sucesso terapêutico.

Em todas as situações de crise epilética anteriormente citadas, segue-se esse protocolo de ação, que será interrompido assim que a crise for controlada.

Em caso de estado de mal epilético, recomenda-se que as medicações utilizadas sejam mantidas até a estabilização do paciente e o tratamento da causa de base, com liberação da criança com esquema antiepilético posteriormente.

CONCLUSÃO

O adequado manejo da crise epilética em atividade diminui os riscos de morbimortalidade. A definição do contexto em que a crise ocorre permite uma condução adequada quanto à necessidade de internação, exames complementares e profilaxia contínua.

Tabela 3 - Drogas antiepiléticas para início de tratamento

Crise focal	Oxcarbazepina ou carbamazepina (20-40 mg/kg/dia) Fenitoína (4-7 mg/Kg/dia) Fenobarbital (3-6 mg/Kg/dia) Ácido valproico (30-60 mg/kg/dia)
Crise generalizada (tônico-clônica, tônica, clônica)	Ácido valproico Fenobarbital Fenitoína A carbamazepina pode agravar síndromes epiléticas generalizadas e deve ser evitada.
Crise de ausência e mioclônica	Ácido valproico
Neonatos e lactentes	Fenobarbital Oxcarbazepina pode ser utilizada em lactentes com crise focal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abend NS, Gutierrez-Colina AM, Dlugos DJ. Medical treatment of pediatric status epilepticus. *Semin Pediatr Neurol*. 2010;17(3):169-75.
2. , Krug SE, Tuggle DW; American Academy of Pediatrics Section on Orthopaedics; American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine; American Academy of Pediatrics Section on Critical Care; American Academy of Pediatrics Section on Surgery; American Academy of Pediatrics Section on Transport Medicine; American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine; Pediatric Orthopedic Society of North America. Management of pediatric trauma. *Pediatrics*. 2008;121(4):849-54.
3. Camfield PR, Camfield CS. Pediatric epilepsy: an overview. In: Swaiman KF, Ashwal S, Ferriero DM. *Pediatric neurology: principles and practice*. 4th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006. p. 981-90.
4. Duffner PK, Baumann RJ, Green JL, et al.; American Academy of Pediatrics. Steering Committee on Quality Improvement and Management. Subcommittee of Febrile Seizures. Febrile seizures: clinical practice guideline for the long-term management of the child with simple febrile seizures. *Pediatrics*. 2008;121:1281-6.
5. Engel Jr. J, Williamson PD, Berg T, Wolf P. Classification of epileptic seizures. In: Engel Jr. J, Pedley TA. *Epilepsy: a comprehensive textbook*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 511-9.
6. Foreman B, Hirsch LJ. Epilepsy emergencies: diagnosis and management. *Neurol Clin*. 2012;30(1):11-41.
7. Freilich ER, Zelleke T, Gaillard WD. Identification and evaluation of the child in status epilepticus. *Semin Pediatr Neurol*. 2010;17(3):144-9.
8. Giza CC. Traumatic brain injury in children. In: Swaiman KF, Ashwal S, Ferriero DM. *Pediatric neurology: principles and practice*. 4th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006. p. 1401-4.
9. Guerreiro CAM. Epilepsias: introdução. In: Guerreiro CAM, Guerreiro MM. *Epilepsia*. São Paulo: Lemos Editorial; 1993. p. 11-8.
10. Hampers LC, Spina LA. Evaluation and management of pediatric febrile seizures in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am*. 2011;29(1):83-93.
11. Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935-1984. *Epilepsia*. 1993; 34:453-68.
12. Nashef L, So EL, Ryvlin P, Tomson T. Unifying the definitions of sudden unexpected death in epilepsy. *Epilepsia*. 2012;53(2):227-33.
13. American Academy of Pediatrics, Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Febrile Seizures. Practice parameter: the neurodiagnostic evaluation of the child with a first simple febrile seizure. *Pediatrics*. 1996;97:769-72.
14. Ratan SK, Kulshreshtha R, Pandey RM. Predictors of posttraumatic convulsions in head-injured children. *Pediatr Neurosurg*. 1999; 30: 127-31.
15. Sharieff GQ, Hendry PL. Afebrile pediatric seizures. *Emerg Med Clin North Am*. 2011;29(1):95-108.
16. Shinnar S. Febrile seizures. In: Swaiman KF, Ashwal S, Ferriero DM. *Pediatric neurology: principles and practice*. 4th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006. p. 1079-90.
17. Smith RA, Martland T, Lowry MF. Children with seizures presenting to accident and emergency. *J Accid Emerg Med*. 1996;13:54-8.
18. Verity CM, Golding J. Risk of epilepsy after febrile convulsions: a national cohort study. *BMJ*. 1991;303:1373-6.
19. VESTIGAÇÃO DO EME

AValiação

25. Em relação ao estado de mal epiléptico, é correto afirmar:

- a) Trata-se de condição de crise epiléptica duradoura associada a casos sintomáticos agudos.
- b) É definido como uma crise epiléptica prolongada ou recorrente por mais de 15 minutos.
- c) Em termos práticos, considera-se qualquer crise mais duradoura do que 5 minutos como estado de mal em potencial e inicia-se tratamento específico para cessá-la.
- d) Apresenta baixa morbidade em crianças.

26. Em relação a crises epilépticas em situação de trauma craniano, é correto afirmar:

- a) Todas as crianças devem iniciar droga antiepiléptica profilática.
- b) A radiografia de crânio simples normal em uma criança com exame neurológico normal prescinde da solicitação da tomografia de crânio.
- c) A ressonância de crânio é o melhor exame a ser realizado nessa situação.
- d) Crianças são sensíveis ao trauma craniano e podem apresentar crise epiléptica na ausência de lesão estrutural.

27. Em relação à crise epiléptica febril, podemos afirmar:

- a) Ocorre em menores de 10 anos.
- b) Pode ser dividida em simples e complexa, na presença ou na ausência de meningoencefalite.
- c) A punção lombar é mandatória em menores de 1 ano de idade.
- d) O hemograma pode ser útil para definir a necessidade de punção lombar.

28. Define-se epilepsia como:

- a) Crise única focal em portador de paralisia cerebral.
- b) Crises recorrentes na ausência de fator agudo desencadeante.
- c) Crises recorrentes em associação a eletroencefalograma alterado.
- d) Crises recorrentes em associação à imagem que afasta tumor cerebral.

29. Marque a correlação correta entre tipo de crise epiléptica e medicação antiepiléptica:

- a) Ausência – ácido valproico
- b) Ausência – oxcarbazepina
- c) Tônico-clônica generalizada – carbamazepina
- d) Mielo-clônica – fenobarbital

30. Escolar de 10 anos apresentou episódio de crise tônico-clônica generalizada ao despertar, chegando já acordado à emergência. Os exames geral e neurológico foram normais. A história familiar para epilepsia é positiva. O escolar ficou em observação por 6 horas, sem qualquer intercorrência. Qual seria a conduta mais adequada?

- a) Internação e realização imediata de ressonância de crânio.
- b) Liberação para investigação ambulatorial com orientação em caso de nova crise.
- c) Liberação para investigação ambulatorial com prescrição de droga antiepiléptica.
- d) Internação e realização imediata de eletroencefalograma.

Ficha de avaliação

A Criança Vítima de Violência 4

1. a) b) c) d)
2. a) b) c) d)
3. a) b) c) d)
4. a) b) c) d)
5. a) b) c) d)
6. a) b) c) d)

Reanimação Neonatal 10

7. a) b) c) d)
8. a) b) c) d)
9. a) b) c) d)
10. a) b) c) d)
11. a) b) c) d)
12. a) b) c) d)

Falência Cardiopulmonar em Paciente Pediátrico 14

13. a) b) c) d)
14. a) b) c) d)
15. a) b) c) d)
16. a) b) c) d)
17. a) b) c) d)
18. a) b) c) d)

Anafilaxia 24

19. a) b) c) d)
20. a) b) c) d)
21. a) b) c) d)
22. a) b) c) d)
23. a) b) c) d)
24. a) b) c) d)

Abordagem das Crises Epilépticas na Emergência Pediátrica..... 29

25. a) b) c) d)
26. a) b) c) d)
27. a) b) c) d)
28. a) b) c) d)
29. a) b) c) d)
30. a) b) c) d)

Urgência em Cirurgia Pediátrica..... 35

31. a) b) c) d)
32. a) b) c) d)
33. a) b) c) d)
34. a) b) c) d)
35. a) b) c) d)

Asma Aguda na Infância..... 43

36. a) b) c) d) e)
37. a) b) c) d) e)
38. a) b) c) d) e)
39. a) b) c) d) e)
40. a) b) c) d) e)
41. a) b) c) d) e)

Obstrução Respiratória Alta em Pediatria 54

42. a) b) c) d)
43. a) b) c) d)
44. a) b) c) d)
45. a) b) c) d)
46. a) b) c) d)
47. a) b) c) d)

Febre no Lactente 64

48. a) b) c) d)
49. a) b) c) d)
50. a) b) c) d)
51. a) b) c) d)
52. a) b) c) d)
53. a) b) c) d)

Doença Falciforme na Emergência 68

54. a) b) c) d)
55. a) b) c) d)
56. a) b) c) d)
57. a) b) c) d)
58. a) b) c) d)
59. a) b) c) d)

Meningite Bacteriana Aguda..... 72

60. a) b) c) d)
61. a) b) c) d)
62. a) b) c) d)
63. a) b) c) d)
64. a) b) c) d)
65. a) b) c) d)

Atualidades na Sepsé e Choque Séptico Pediátrico 77

66. a) b) c) d) e)
67. a) b) c) d) e)
68. a) b) c) d) e)
69. a) b) c) d) e)

Enviar à SOPERJ por correio, fax ou e-mail
Rua da Assembléia, 10 - Grupo 1812 - Centro
20011-901 - Rio de Janeiro - RJ
Tel: 2531-3313 - e-mail: pedsoperj@soperj.org.br