RIASE
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM CRISE CONVULSIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: SCOPING REVIEW

NURSING INTERVENTIONS FOR PEOPLE WITH SEIZURES IN THE EMERGENCY DEPARTMENT: SCOPING REVIEW

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA PERSONAS CON CONVULSIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: SCOPING REVIEW

Ana Correia[1], Adriano Pedro[2].

[1]Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal,
[2]Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

Recebido/Received: 07-02-2023 Aceite/Accepted: 09-05-2023 Publicado/Published: 23-06-2023

DOI: http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(2).594.48-64

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2023 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2023 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 9 N.º 2 ABRIL 2023

RESUMO

Introdução: As crises convulsivas são um distúrbio no normal funcionamento cerebral, caracterizado por uma alteração da condução elétrica das células cerebrais. Qualquer crise pode prolongar-se, levando a estado de mal epilético. Os enfermeiros devem aprimorar os seus conhecimentos para prevenir complicações e realizar um tratamento adequado.

Objetivo: Mapear a evidência recente relativa às intervenções de enfermagem a instituir à pessoa com crise convulsiva no serviço de urgência.

Metodologia: Trata-se de uma revisão *scoping* conduzida pelo protocolo da Joanna Briggs Institute. Para a pesquisa utilizaram-se as plataformas EBSCO*host* e B-on, com limitação temporal de estudos publicados entre os anos 2018 e 2022. A seleção baseou-se na aplicação de critérios de inclusão e exclusão, resultando num total de oito artigos.

Resultados: As intervenções de enfermagem incluem a segurança do doente; a distinção de crises; a avaliação e estabilização do doente através da metodologia ABCDE; interrupção da atividade convulsiva através de tratamento farmacológico, caso esta não cesse espontaneamente; e identificação e tratamento da causa subjacente.

Conclusão: Os enfermeiros têm um papel preponderante na assistência à pessoa com crise convulsiva, verificando-se a necessidade de um protocolo e gestão adequados. Os cuidados de enfermagem no serviço de urgência são preponderantes, uma vez que esta sistematização pode melhorar a qualidade da assistência à pessoa com crise convulsiva. Considera-se ainda pertinente o desenvolvimento de novos estudos, com maiores níveis de evidência, a fim de contribuir para um maior conhecimento nesta área e melhorar os cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Convulsões; Enfermagem; Estado Mal Epilético; Urgência.

ABSTRACT

Introduction: Convulsive seizures are a disturbance in the normal functioning of the brain, characterized by a change in the electrical conduction of brain cells. Any crisis can be prolonged, leading to status epilepticus. Nurses must improve their knowledge to prevent complications and perform adequate treatment.

Objective: To map recent evidence regarding nursing interventions to be instituted for people with seizures in the emergency department.

Methodology: This is a scoping review conducted using the Joanna Briggs Institute protocol. For the research, the EBSCOhost and B-on platforms were used, with a temporal limi-

tation of studies published between 2018 and 2022. The selection was based on the application of inclusion and exclusion criteria, resulting in a total of eight articles.

Results: Nursing interventions include patient safety; the distinction of crises; the evaluation and stabilization of the patient through the ABCDE methodology; interruption of the convulsive activity through pharmacological treatment, if it does not stop spontaneously; and identifying and treating the underlying cause.

Conclusion: Nurses have a preponderant role in assisting people with seizures, verifying the need for an adequate protocol and management. Nursing care in the emergency service is preponderant, since this systematization can improve the quality of care for people with seizures. It is also considered pertinent to develop new studies, with higher levels of evidence, in order to contribute to greater knowledge in this area and to improve nursing care.

Keywords: Nursing; Seizures; Status Epilepticus; Urgency.

RESUMEN

Introducción: Las crisis convulsivas son una alteración en el funcionamiento normal del cerebro, caracterizadas por un cambio en la conducción eléctrica de las células cerebrales. Cualquier crisis puede prolongarse y conducir al estado epiléptico. Las enfermeras deben mejorar sus conocimientos para prevenir complicaciones y realizar un tratamiento adecuado.

Objetivo: Mapear la evidencia reciente sobre las intervenciones de enfermería a ser instituidas para personas con convulsiones en el servicio de urgencias.

Metodología: Esta es una revisión de alcance realizada utilizando el protocolo del Instituto Joanna Briggs. Para la investigación se utilizaron las plataformas EBSCO*host* y B-on, con limitación temporal de estudios publicados entre 2018 y 2022. La selección se basó en la aplicación de criterios de inclusión y exclusión, resultando un total de ocho artículos.

Resultados: Las intervenciones de enfermería incluyen seguridad del paciente; la distinción de crisis; la evaluación y estabilización del paciente mediante la metodología ABCDE; interrupción de la actividad convulsiva mediante tratamiento farmacológico, si no cesa espontáneamente; e identificar y tratar la causa subyacente.

Conclusión: Los enfermeros tienen un papel preponderante en la asistencia a las personas con convulsiones, verificando la necesidad de un adecuado protocolo y manejo. La atención de enfermería en el servicio de emergencia es preponderante, ya que esta sistematización puede mejorar la calidad de atención a las personas con convulsiones. También se considera pertinente desarrollar nuevos estudios, con mayores niveles de evidencia, para contri-

buir a un mayor conocimiento en esta área y mejorar la atención de enfermería.
Descriptores: Convulsiones; Enfermería; Estado Epiléptico; Urgencia.

INTRODUÇÃO

Cerca de 10% da população em todo o Mundo tem pelo menos um episódio de convulsão durante a sua vida[1]. Contudo, uma única crise convulsiva não significa epilepsia. A epilepsia é diagnosticada após duas crises não provocadas que ocorrem com mais de 24 horas de intervalo ou após um único evento que ocorre numa pessoa considerada com alto risco de recorrência (> 60% de risco num período de 10 anos)[2].

Para além de uma disfunção intrínseca do sistema nervoso central, as convulsões podem resultar de um dano sistémico ou de um dano cerebral documentado. Em adultos, causas comuns podem ser acidente vascular cerebral (AVC) isquémico ou hemorrágico, hematoma subdural, hemorragia subaracnóidea, trombose venosa cerebral, lesão cerebral traumática ou meningite/encefalite. Podem também ser causadas por doença médica aguda como distúrbios metabólicos (hipoglicémia/hiperglicémia, hiponatrémia, hipocalcémia, hipomagnesemia, urémia, hipertiroidismo), ingestão ou abstinência de álcool ou drogas[2].

Assim, as crises convulsivas são uma causa comum de avaliação médica de emergência, representando 1% das admissões no serviço de urgência[3].

As crises convulsivas são definidas como um distúrbio no normal funcionamento cerebral, caracterizado por uma alteração da condução elétrica das células cerebrais, podendo gerar um espectro de sintomas associados como breves lapsos de atenção ou espasmos musculares até convulsões graves e prolongadas[1].

Essas alterações da condução elétrica podem ocorrer em diferentes partes do cérebro. As crises, tendo em conta o seu início, são divididas em focais, generalizadas ou de início desconhecido, com subcategorias: motoras e não motoras, caso exista ou não atividade motora[4].

Apesar da maioria das convulsões terminar espontaneamente em 2 a 3 minutos, qualquer crise pode prolongar-se, levando a estado de mal epilético do tipo de crise em questão[4].

Qualquer atividade convulsiva contínua com duração superior a 5 minutos é definida como estado de mal epilético, uma vez que após essa duração, é improvável que a atividade convulsiva pare espontaneamente. Assim, a *International League Against Epilepsy* (ILAE) define o estado de mal epilético como uma condição que resulta da falha dos mecanismos res-

ponsáveis pelo término da convulsão ou do início de mecanismos que levam a crises anormalmente prolongadas (após o ponto de tempo t1). Esta condição pode ter consequências a longo prazo (após o ponto t2), incluindo morte neuronal, lesão neuronal e alteração das redes neuronais, dependendo do tipo e duração das convulsões[5].

Desta forma, o ponto de tempo t1 determina o tempo em que o tratamento deve ser iniciado, devendo evitar-se que as convulsões persistam até t2, momento a partir do qual podem ocorrer danos neurológicos e consequências a longo prazo[6].

O estado de mal epilético é uma emergência neurológica grave, estando associado a morbilidade e mortalidade elevada[7].

O princípio "tempo é cérebro" aplica-se não só para o AVC, mas também para o estado de mal epilético, uma vez que o seu prognóstico piora com o aumento da duração da crise convulsiva[8].

Os cuidados de enfermagem são preponderantes uma vez que o tratamento, quando iniciado precocemente, é muito mais eficaz e apresenta melhores resultados[9]. Torna-se, assim, crucial aprimorar os conhecimentos dos enfermeiros para que estes promovam uma assistência de qualidade, baseada em evidências científicas, permitindo a prevenção de complicações e a realização de um tratamento adequado.

Neste sentido, este estudo tem como objetivo identificar e mapear a evidência recente relativa às intervenções de enfermagem a instituir à pessoa com crise convulsiva no serviço de urgência.

Questão de investigação

A questão inicial foi formulada a partir do acrómio PCC (P – população, C – conceito e C – contexto). Assim, a questão de pesquisa norteadora para o presente estudo foi: quais as intervenções de enfermagem (C) a instituir à pessoa com crise convulsiva (P) no serviço de urgência (C)?

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se uma revisão *scoping*. Este tipo de revisão visa identificar e mapear a amplitude de evidências disponíveis sobre determinado tópico, campo, conceito ou questão, independentemente da fonte (pesquisa primária, revisões, evidências não empíricas) em contextos específicos[10]. Este estudo é conduzido de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI), identificando critérios de inclusão e exclusão para participantes, Conceito e Contexto, tendo em conta os itens da questão de investigação. Esta revisão considera estudos que incluam como participantes pessoas adultas, com idade igual ou superior a 18 anos, com crise convulsiva. Relativamente ao conceito serão considerados estudos que avaliem as intervenções de enfermagem em serviço de urgência. Quanto ao contexto, serão incluídos estudos realizados em serviços hospitalares de urgência ou emergência. Esta revisão *scoping* considera estudos publicados em revistas, jornais ou periódicos científicos, com data de publicação compreendida entre os anos 2018 e 2022, inclusive.

Para dar resposta à questão de investigação, foi efetuada uma pesquisa nas plataformas EBSCO*host* e B-on. Na Plataforma EBSCO*host* foram selecionadas as bases de dados CINAHL *Complete*; MEDLINE *Complete*; N*ursing & Allied Health Collection: Comprehensive*; *Cochrane Central Register of Controlled Trials*; *Cochrane Database of Systematic Reviews*; *Cochrane Methodology Register*; *Cochrane Clinical Answers*; *Library, Information Science & Technology Abstracts* e MedicLatina. Como termos de pesquisa foram utilizados os descritores DeCS/MeSH: *seizures*, *status epilepticus*, *epilepsy*, *nursing*, *emergencies*, *pediatrics* e *child*. A palavra *nursing* foi truncada para *nurs** no sentido de alargar a pesquisa para recuperar as variantes do mesmo termo. Além destes, apesar de não ser um descritor ao nível das ciências da saúde, foi essencial utilizar o termo *management* para direcionar a pesquisa especificamente para artigos relacionados com o tema e por ter sido frequentemente encontrado na literatura durante a pesquisa preliminar.

Foram utilizados os operadores booleanos *AND*, *OR* e *NOT*, combinados com os descritores e termos de linguagem natural na seguinte fórmula de pesquisa: *seizures OR status epilepticus OR epilepsy* [Título] *AND management OR nurs** [Resumo] *AND emergencies* [Resumo] *NOT pediatrics OR child* [Texto Completo].

A aplicação da frase booleana nas plataformas EBSCO*host* e B-on, com limitação temporal aos anos entre 2018 e 2022, originou um total de 160 artigos na plataforma EBSCO*host* e 189 na plataforma B-on. A primeira fase de exclusão baseou-se na repetição dos artigos dentro da própria plataforma. Após esta seleção, obteve-se um total de 157 artigos na plataforma ESBCO*host* e 174 na plataforma B-on. Após esta seleção, obteve-se um total de 331 arti-

gos dos quais 148 foram excluídos por repetição entre as duas plataformas. Dos 183 artigos, 141 artigos foram alvo de exclusão após leitura do título por inadequação do mesmo à questão de investigação, restando 42 artigos para leitura do resumo. Destes artigos, 22 foram excluídos por não obedecerem aos critérios de inclusão definidos, pelo que apenas 20 artigos foram selecionados para leitura integral. Após este processo, excluíram-se 12 artigos: 2 dos quais por não ser possível aceder ao conteúdo integral do estudo e os restantes 10 por se focarem apenas em aspetos médicos. Desta forma, o processo de análise e seleção terminou com um total de 8 artigos incluídos nesta revisão *scoping*. O processo descrito anteriormente encontra-se representado na Figura 1↗, através do diagrama de *flow* PRISMA 2020[11].

RESULTADOS

Os dados relevantes dos artigos incluídos nesta revisão encontram-se sintetizadas no Quadro 1↗.

DISCUSSÃO

A análise dos vários estudos demonstra que a nível do serviço de urgência as intervenções à pessoa com crise convulsiva têm como objetivo estabilizar o doente, interromper de forma emergente a atividade convulsiva clínica e electrográfica e identificar e tratar a causa subjacente[12,13]. Os enfermeiros desempenham assim um papel importante nos cuidados à pessoa com crise convulsiva, tanto no início como no final da convulsão, colaborando com os tratamentos e exames a serem realizados.

No que diz respeito à estabilização do doente, todos os estudos defendem uma estratégia inicial de tratamento que inclui os primeiros socorros segundo uma abordagem ABCDE, que vai ao encontro às *guidelines* de 2016 da *American Epilepsy Society*[14].

Esta abordagem sistematizada embora não esteja explícita em todos os artigos, acaba por direta ou indiretamente ser referenciada ao longo destes. Desta forma, todos os artigos fazem referência de forma evidente à permeabilização da via aérea, à otimização da ventilação e oxigenação e à otimização da circulação, e de forma menos evidente à disfunção neurológica e à exposição com controlo da temperatura.

Relativamente à permeabilização da via aérea, Crawshaw & Cock[15] salientam que durante as convulsões, o espasmo muscular restringe a entrada de ar, defendendo a colocação do doente em posição de semi-sentado ou a colocação de adjuvantes da via aérea, mais especificamente um tubo nasofaríngeo. Defendem ainda que no período pós-ictal, manobras das vias aéreas como a inclinação da cabeça e elevação da mandíbula podem ser úteis. Já Bank & Basil[3] defendem a posição de decúbito lateral ao invés de decúbito dorsal para evitar a aspiração. Os mesmos autores consideram a aspiração caso a via aérea do doente esteja obstruída e, em caso do doente apresentar saturações de oxigénio baixas, cianose, diminuição da frequência respiratória ou esforço respiratório insuficiente, a ventilação com insuflador manual até à obtenção de uma via aérea estável através de entubação orotraqueal. No que respeita ao estado de mal epilético que não responde a terapêutica de primeira e segunda linha, há concordância de todos os autores na necessidade de entubação orotraqueal, pelo que o enfermeiro deve estar preparado para a colaboração dos cuidados na colocação e manutenção da via aérea avançada.

A avaliação da respiração e oxigenação é preconizada em todos os estudos. Ainda que todos os autores concordem na administração de oxigénio, a quantidade a administrar não é consensual. Vários estudos referem a administração de oxigénio suplementar sem, no entanto, referir quantidades[12,15,16,17]. Schiefer & Surges[18] consideram administrar oxigénio em pequenas quantidades (2 l/min) enquanto Harris & Angus-Leppan[13] referem que o oxigénio deve ser administrado em alto fluxo. Bank & Basil[3] consideram que a frequência respiratória deve ser avaliada e que, mesmo que a via aérea esteja patente, deve ser administrado oxigénio suplementar se necessário para manter a saturação periférica de oxigénio acima dos 92%. Sutter *et al*[19] referem que a função respiratória pode agravar-se tanto pela persistência das convulsões como pela administração de terapêutica para o controlo das convulsões e que a insuficiência respiratória requer entubação endotraqueal imediata e ventilação mecânica.

A disfunção cardíaca ocorre frequentemente em doentes com estado de mal epilético. Nos estadios iniciais, a frequência cardíaca e a pressão arterial média aumentam devido à libertação de catecolaminas resultando num aumento da resistência vascular periférica. Esta situação pode conduzir à diminuição do débito cardíaco e arritmias cardíacas, como taquicardia/bradicardia sinusal, fibrilhação/flutter auricular, bloqueio auriculoventricular ou taquicardia/fibrilhação ventricular[19]. Crawshaw & Cock[15] referem ainda que as complicações cardíacas são comuns e que alguns dos medicamentos administrados para controlo das convulsões têm efeitos colaterais cardíacos. Assim, a otimização da circulação é fundamental, pelo que a realização de monitorização dos sinais vitais e monitorização cardíaca é uma concordância de todos os autores, assim como o estabelecimento de um ou dois acessos venosos periféricos.

A fase pós-ictal pode durar várias horas e é caracterizada por uma diminuição significativa do estado de consciência, que pode ser seguida de um quadro de desorientação, agitação e comportamento agressivo. Na avaliação, o enfermeiro deve ter em consideração, o estado de consciência da pessoa através da realização de exame neurológico[12,18].

Schiefer & Surges[18] referem que a hipoglicémia é uma causa comum de convulsões sintomáticas agudas. Por esse motivo, em todos os estudos existe referência à realização de um teste rápido de glicémia. Meziane-Tani *et al*[16] acrescentam que em história de alcoolismo deve ser iniciado tratamento com tiamina antes da glicose para não precipitar a encefalopatia de Wernicke. Assim, é preconizada a administração de 50 ml de glicose a 50%, precedida por tiamina 100 mg nos casos de glicémia inferior a 60 mg logo durante a fase inicial de estabilização, o que está em concordância com as *guidelines* de 2016 da *American Epilepsy Society*[3,12,15,16,17].

A exposição com controlo da temperatura é fundamental quer durante a convulsão quer no período pós-ictal. Durante a convulsão, uma das intervenções de enfermagem consiste em proteger o doente de lesões, pelo que devem ser removidos quaisquer objetos ou jóias que possam ferir a pessoa. As roupas devem ser afrouxadas[3,18]. A observação das características clínicas das crises convulsivas permite a distinção de outras doenças que estão associadas a sintomas que podem ser confundidos com crises convulsivas, bem como a área do cérebro envolvida, pelo que os enfermeiros devem estar dispertos dos sintomas para uma rápida identificação[3,15,17,18]. Crawshaw & Cock[15] salientam ainda a importância de verificar o tempo de início da convulsão e estimar a duração da mesma, uma vez que, embora a maioria das convulsões termine espontaneamente em menos de 5 minutos sem que seja necessária a administração de terapêutica, as convulsões que duram tempo superior a 5 minutos necessitam de um tratamento.

No período pós-ictal a exposição do doente é importante para identificar possíveis lesões. As convulsões maciças podem causar lesões físicas graves. As convulsões prolongadas podem conduzir ainda a quedas e fraturas, sendo o traumatismo craneano o trauma mais comum[19].

O controlo da temperatura faz parte dos cuidados de exposição. Sutter *et al*[19] referem que a hipertermia é comum em convulsões prolongadas/ estado de mal epilético sendo geralmente explicada pela atividade motora prolongada. A avaliação da temperatura é mencionada por Sutter *et al*[19] e Bank & Basil[3] embora nos restantes estudos possa estar incluída na monitorização dos sinais vitais.

No que diz respeito à interrupção da atividade convulsiva, todos os autores salientam a sua importância para a prevenção da lesão neurológica. Crawshaw & Cock[15] acrescentam que quanto mais precoce o tratamento do estado de mal epilético, maior é a probabilidade de suces-

so do mesmo. O tratamento farmacológico nestes estudos vai ao encontro com o tratamento farmacológico preconizado pelas *guidelines* de 2016 da *American Epilepsy Society* e das *guidelines* de 2022 da *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE)[20], que consiste em 3 linhas. Assim, se a crise convulsiva não cessar espontaneamente até 5 minutos, deve ser administrado uma benzodiazepina. Esta pode ser repetida apenas mais uma vez se a convulsão não parar entre 5 a 10 minutos. Se não houver resposta ao tratamento, deve ser iniciado o tratamento de segunda linha que consiste na administração de um anticonvulsivante. Pode ainda ser considerada a introdução de um segundo medicamento anticonvulsivante alternativo, caso a convulsão se mantenha. Se, apesar dos tratamentos de primeira e segunda linha, a convulsão não parar, deve ser iniciado o tratamento de terceira linha que consiste na administração de anestésicos gerais, sendo por isso necessário, nesta fase, a entubação orotraqueal e transferência para uma unidade de cuidados intensivos, preferencialmente com possibilidade de electroencefalograma contínuo.

Outro objetivo, não menos importante, das intervenções de enfermagem consiste na identificação e tratamento da causa subjacente, dizendo respeito à realização da anamnese, à colheita de sangue para análises e à realização de exames complementares de diagnóstico.

Galizia & Faulkner[17] consideram que a história é essencial. Uma história completa, tanto do doente como a descrição de testemunhas, poderá contribuir para a realização de um diagnóstico. Elementos como sintomas prodrómicos, fatores desencadeantes, tempo e ambiente da convulsão, duração, progressão, eventos ictais e pós-ictais e história de drogas, álcool e família podem ser úteis[13]. A abstinência alcóolica é uma causa comum de convulsões. Outros fatores desencadeantes são a hipoglicémia/hiperglicémia, intoxicação com cocaína e opiáceos e abstinência de benzodiazepinas[3].

É ainda importante perceber se foi a primeira convulsão ou, no caso de epilepsia conhecida, qual a adesão terapêutica. Todos os doentes com uma primeira convulsão devem ser investigados[17]. Os exames laboratoriais podem fornecer informações diagnósticas sobre a natureza da convulsão e contribuir para o tratamento sintomático da causa[18]. Assim, geralmente são solicitados exames laboratoriais de glicose, eletrólitos, hemograma completo, função renal e hepática, parâmetros de infeção e análises toxicológicas. No caso de epilepsia conhecida, devem ser monitorizados também os níveis sanguíneos de anticonvulsivantes para detetar possível má adesão ou necessidade de ajustar doses[12,13,15,18]. Os enfermeiros têm um papel fundamental na colheita de sangue para as análises solicitadas.

Dependendo da suspeita clínica devem ser solicitados ainda exames complementares de diagnóstico, como tomografia computorizada (TC)/ ressonância magnética (RM) ou punção lombar[12]. Nos doentes sem história de epilepsia conhecida, ou no caso de traumatismo crane-

ano decorrente das convulsões, deve ser realizado uma TC da cabeça ou uma RM do cérebro se possível[16]. Bank & Basil[3] acrescentam que a TC deve ser realizada logo no serviço de urgência no sentido de descartar uma hemorragia ou outra lesão que necessite de tratamento imediato.

A punção lombar deve ser considerada em caso de suspeita de infeção, nomeadamente encefalite[12,16,18].

O electroencefalograma (EEG) é fundamental para detetar convulsões elétricas e avaliar a sua duração e resposta à terapêutica[12]. O EEG deve ser obtido o mais depressa possível após a convulsão, idealmente até às 12 horas após a convulsão, pois a probabilidade de identificar alguma anormalidade epileptiforme diminui com o tempo[3].

No estado de mal epilético refratário, em que a duração da convulsão é superior a 30 minutos, a maioria dos estudos refere que a monitorização por EEG contínuo deve ser estabelecida[3,12,15,16,17,18].

Os exames complementares de diagnóstico são fundamentais para a identificação da causa da crise convulsiva e o enfermeiro deve estar preparado para colaborar na realização dos mesmos.

Como constatamos através deste estudo, as intervenções a instituir à pessoa com crise convulsiva em contexto de urgência assentam em diferentes níveis: medidas de suporte à vida, tratamento farmacológico e determinação da causa. No entanto, embora a literatura disponha de muitos artigos sobre epilepsia e estado de mal epilético, no que respeita às intervenções de enfermagem e, particularmente em contexto de urgência, verifica-se uma grande lacuna de estudos.

Surpreendentemente, existem estudos de enfermagem desenvolvidos mas noutros contextos que não o de urgência, nomeadamente em saúde comunitária que abordam intervenções de enfermagem relacionadas com a educação à pessoa com epilepsia e em saúde mental e psiquiátrica que estudam o impacto e estigma da doença na vida social da pessoa.

Consideramos assim pertinente a realização de mais estudos de enfermagem com enfoque nas intervenções de enfermagem à pessoa com crise convulsiva em contexto de urgência, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu identificar as intervenções de enfermagem a instituir à pessoa com crise convulsiva no serviço de urgência. Estas intervenções incluem a avaliação e estabilização do doente através da metodologia de avaliação ABCDE; interrupção da atividade convulsiva através de tratamento farmacológico de primeira, segunda ou terceira linha, caso esta não cesse espontaneamente; e identificação e tratamento da causa subjacente, através da anamnese e realização de exames laboratoriais e complementares de diagnóstico.

Conclui-se assim que as crises convulsivas necessitam de um protocolo e gestão adequados, sendo os cuidados de enfermagem no serviço de urgência preponderantes, uma vez que esta sistematização pode melhorar a qualidade da assistência à pessoa com crise convulsiva. Os cuidados de enfermagem para além de serem rápidos e eficazes pela iminência do risco de vida da pessoa, deverão ser humanizados e holísticos suprindo todas as necessidades da pessoa e sua família.

No entanto, é notório que existe uma grande escassez de estudos científicos sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com crise convulsiva nos serviços de urgência e emergência, pelo que consideramos necessário o desenvolvimento de novos estudos, com maiores níveis de evidência, a fim de contribuir para um maior conhecimento nesta área e melhorar os cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Epilepsy. 2022 [atualizada a 9 fev 2022]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy

2. Schachter S. Evaluation and management of the first seizure in adults. Uptodate. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.05.001 https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-the-first-seizure-in-adults?csi=a53db570-1db4-4d18-b5a4-30cd5158950c&source=contentShare

3. Bank A, Bazil C. Emergency management of epilepsy and seizures. In Seminars in neurology. 2019;39(1):73-81. Thieme Medical Publishers. Disponível em: https://doi.org/10.1055/s-0038-1677008

4. Fisher R, Cross J, French J, Higurashi N, Hirsch E, Jansen F, et al. Classificação Operacional das Crises da ILAE: Artigo de Consenso da Comissão da ILAE para a Classificação e Terminologia. Epilepsia. 2017;58(4):522-530. Disponível em: https://doi.org/10.1111/epi.13670

5. Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, Rossetti AO, Scheffer IE, Shinnar S, et al. A definition and classification of status epilepticus – Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. Epilepsy. 2015;56(10):1515-1523. Disponível em: https://doi.org/10.1111/epi.13121

6. Pazzim R, Lima L, Baglie S, Barbosa F, Miyoshi E. Manejo Do Status Epilepticus Em Unidade De Terapia Intensiva: Estudo Retrospectivo Status Epilepticus Management In An Intensive Care Unit: A Retrospective Study. Brazilian Journal of Surgery and Clinical. 2021;35(1):06-11. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/bjscr

7. Pranboon S, Tiamkao S, Chainirun N, Sawanyawisuth K, Integrated Epilepsy Research Group. A fast-track care by a nursing case management concept improved status epilepticus outcomes. Journal Neuroscience Nursing. 2020; 52(4):200-204. Disponível em: https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000522

8. Trinka E, Kälviäinen R. 25 years of advances in the definition, classification and treatment of status epilepticus. Seizure. 2017;44:65-73. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.seizure.2016.11.001

9. Taylor C, Tudur-Smith C, Dixon P, Linehan C, Gunko A, Christensen J, et al. Care in Europe after presenting to the emergency department with a seizure; position paper and insights from the European Audit of Seizure Management in Hospitals. European Journal Neurology. 2022;29(7): 1873-1884. Disponível em: https://doi.org/10.1111/ene.15336

10. Munn Z, Pollock D, Khalil H, Alexander L, Mclnerney P, Godfrey CM, et al. What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. JBI Evidence Synthesis. 2022;20(4):950-952. Disponível em: https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00483

11. BMJ. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmj.n71

12. Paris M, Reddy U. Update on the management of status epilepticus. Anaesthesia & Intensive Care Medicine. 2021;22(2):85-88. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2020.12.005

13. Harris L, Angus-Leppan, H. (2020). Epilepsy: diagnosis, classification and management. Medicine. 2020;48(8):522-528. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.05.001

14. Glauser T, Shinnar S, Gloss D, Alldredge B, Arya R, Bainbridge J, et al. Evidence-Based Guideline: Treatment of Convulsive Status Epilepticus in Children and Adults: Report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society. Epilepsy Curr. 2016 Jan-Feb;16(1):48-61. Disponível em: https://doi.org/10.5698/1535-7597-16.1.48

15. Crawshaw A, Cock H. Medical management of status epilepticus: emergency room to intensive care unit. Seizure. 2020;75:145-152. Disponível em: https://doi.org/ 10.1016/j.seizure.2019.10.006

16. Meziane-Tani A, Foreman B, Mizrahi M. Status epilepticus: work-up and management in adults. In Seminars in Neurology. 2020;40(6): 652-660. Thieme Medical Publishers. Disponível em: https://doi.org/10.1055/s-0040-1719112

17. Galizia E, Faulkner H. Seizures and epilepsy in the acute medical setting: presentation and management. Clinical Medicine. 2018;18(5):409-413. Disponível em: https://doi.org/10.7861/clinmedicine.18-5-409

18. Schiefer J, Surges R. Emergency management and medical care of adults with first epileptic seizures. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 2019;144(2):83-92. Disponível em: https://doi.org/10.1055/a-0660-3174

19. Sutter R, Dittrich T, Semmlack S, Rüegg S, Marsch S, Kaplan P. Acute systemic complications of convulsive status epilepticus – a systematic review. Critical care medicine. 2018;46(1):138-145. Disponível em: https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002843

20. National Institute for Health and care Excellence. Epilepsies in children, young people and adults. NICE guideline. 2022;1-152. Disponível em: www.nice.org.uk/guidance/ng217

Autores
Ana Correia
https://orcid.org/0009-0001-0554-7158
Adriano Pedro
https://orcid.org/0000-0001-9820-544X

Autor Correspondente/Corresponding Author:
Ana Correia – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal.
anaiccorreia@hotmail.com

Contributos dos autores
AC: Coordenação do estudo, desenho do estudo, recolha, armazenamento e análise de dados, revisão e discussão dos resultados.
AP: Desenho do estudo, análise de dados, revisão e discussão dos resultados.
Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Responsabilidades Éticas
Conflitos de Interesse: Os autores declararam não possuir conflitos de interesse.
Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.
Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures
Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.
Financial Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.
Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2023 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.
©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2023 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

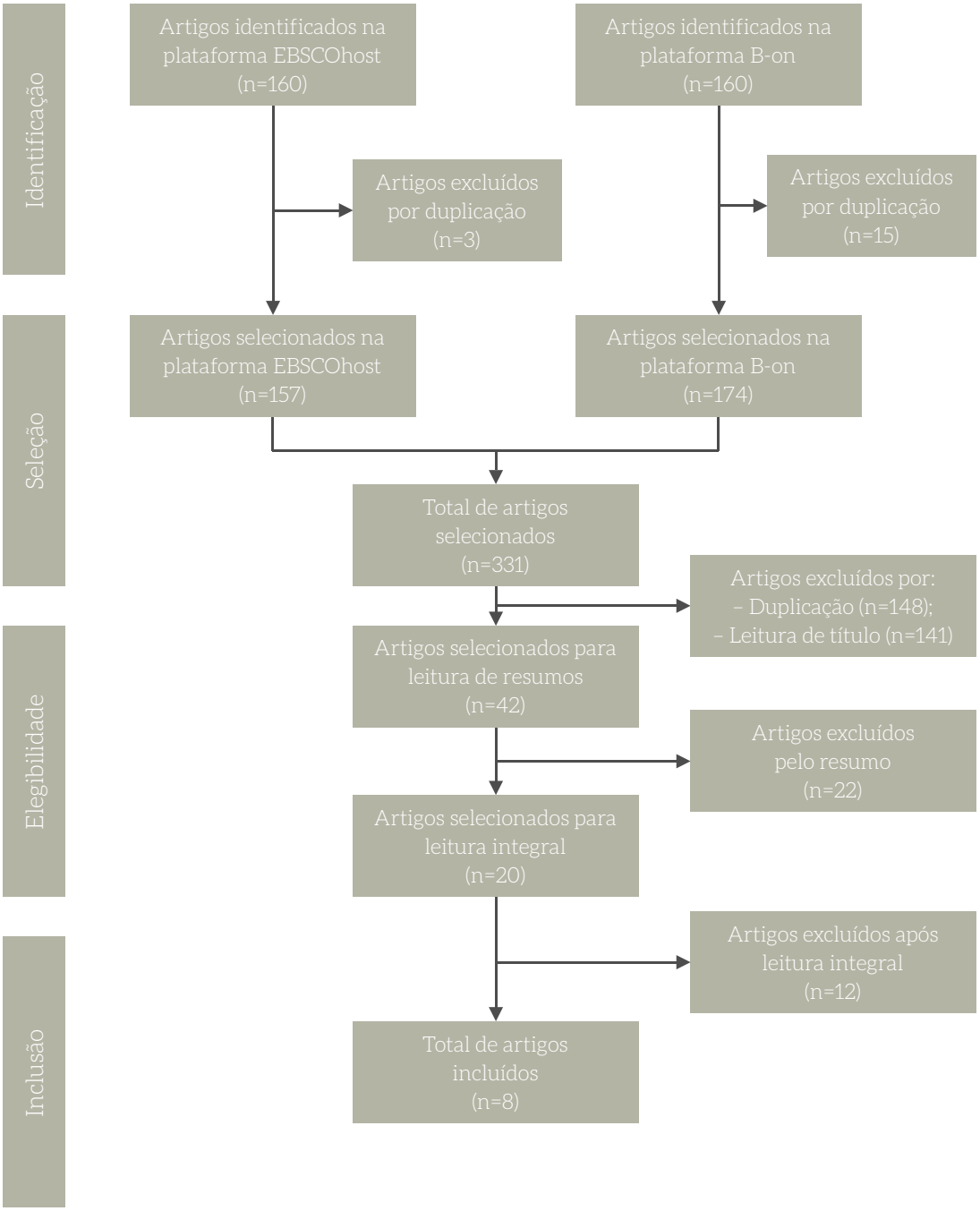


Figura 1 – Diagrama de *flow* PRISMA.↖
Adaptado de BMJ (2021)[11].

Quadro 1 – Quadro de síntese.

Artigo	Título	Autor	Tipo de estudo	Resultados
1	Acute systemic complications of convulsive status epilepticus – a systematic review.	Sutter *et al*, 2018.	Revisão da literatura.	Definição e complicações agudas do estado de mal epilético convulsivo. Tratamento do estado de mal epilético e das complicações do estado de mal epilético: • Estadio inicial: proteção da via aérea, proteção do doente de traumatismos, avaliação de sinais vitais, acesso venoso, análises sanguíneas, temperatura; • Estadio estabelecido: entubação orotraqueal de via aérea comprometida, história do doente, ressuscitação com fluídos; • Estadio refratário: exames de diagnóstico, verificar traumatismos e possíveis fraturas, transferência para UCI.
2	Emergency Management of Epilepsy and Seizures.	Bank & Basil, 2019.	Casos clínicos.	Gestão de emergência de primeiras convulsões e estado de mal epilético: Segurança do doente; Avaliação das vias aéreas, respiração e circulação: aspiração da via aérea, administração de oxigénio e entubação orotraqueal se necessário; avaliação de frequência cardíaca, respiratória, pressão arterial e temperatura; verificação da glicémia e tratamento de hipoglicémia; Sintomas de crise convulsiva; Investigação da causa: História, exames laboratoriais, exames complementares de diagnóstico; Tratamento farmacológico.
3	Update on the management of status epilepticus.	Paris & Reddy, 2021.	Revisão narrativa.	Classificação, etiologia e complicações do estado de mal epilético; Gestão inicial do estado de mal epilético: avaliação das via aéreas, respiração, circulação e exame neurológico: oxigénio, acesso venoso, monitorização cardíaca, entubação orotraqueal se necessário; Investigação diagnóstica: glicémia, análises de sangue, triagem toxicológica; Tratamento farmacológico (primeira linha, segunda linha e terceira linha); Transferência para UCI e monitorização de electroencefalograma.

Quadro 1 – Quadro de síntese.

Artigo	Título	Autor	Tipo de estudo	Resultados
4	Medical management of status epilepticus: emergency room to intensive care unit.	Crawshaw & Cock, 2020.	Revisão narrativa.	Gestão inicial do estado de mal epilético convulsivo: Abordagem ABC: manutenção da permeabilidade da via aérea (posição semi sentado, colocação de tubo nasofaringeo), administração de oxigénio para saturações adequadas, monitorização de sinais vitais, colocação de acesso venoso, colheita de sangue para análises, tratamento em caso de hipoglicémia, alcoolismo e má nutrição, exames complementares de diagnóstico. História do paciente; Distinção de crises epiléticas de crises dissociativas; Tratamento farmacológico (primeira linha, segunda linha e terceira linha); Avaliação de necessidade de entubação orotraqueal e transferência para UCI.
5	Status Epilepticus: Work-Up and Management in Adults.	Meziane-Tani, Foreman & Mizrahi, 2020.	Revisão narrativa.	Definição e classificação do estado de mal epilético; Gestão inicial: avaliação da via aérea, oxigénio suplementar, monitorização de parâmetros vitais (saturação de oxigénio, frequência cardíaca e tensão arterial), acesso venoso, glicémia e tratamento de causas como hipoglicémia e alcoolismo; Investigação de causas: realização de análises sanguíneas e exames complementares; abordagem terapêutica para estadio inicial, estabilizado e refratário.
6	Epilepsy: diagnosis, classification and management.	Harris & Angus-Leppan, 2020.	Revisão narrativa.	Definição de convulsão, diagnóstico diferencial e classificação da epilepsia; Investigação da causa: história do doente/testemunhas, exame neurológico, análises de sangue e exames complementares; Tratamento de emergência do estado de mal epilético: oxigénio de alto fluxo, glicémia, acesso venoso; Tratamento farmacológico; Transferência para UCI.
7	Seizures and epilepsy in the acute medical setting: presentation and management.	Galizia & Faulkner, 2018.	Revisão narrativa.	Distinção de crises; Investigação de causas: colheita sangue para análises, exames complementares de diagnóstico; Classificação de convulsões e epilepsia; história; tratamento de estado de mal epilético: assegurar via aérea, administrar oxigénio, monitorização sinais vitais e monitorização cardíaca, acesso venoso, glicémia e tratamento em caso de hipoglicémia; Tratamento farmacológico.
8	Emergency management and medical care of adults with first epileptic seizures.	Schiefer & Surges, 2019.	Revisão narrativa.	Sinais clínicos de crises epiléticas; Gestão de emergência das crises convulsivas: remoção de objetos perigosos, proteção das vias aéreas, acesso venoso, administração de oxigénio, monitorização cardíaca e saturação de oxigénio, glicémia; História do doente.