

CRISTINA ANDRADE DA SILVA

**ESTUDO PROSPECTIVO SOBRE O PROGNÓSTICO DE CRISES
EPILEPTICAS RECENTES NÃO PROVOCADAS OCORRIDAS EM
CRIANÇAS ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-
Graduação - Mestrado em Pediatria, da
Universidade Federal do Paraná, para obtenção
do Título de Mestre.

Orientador: Professor Isac Bruck

Coorientador: Professor Sérgio Antônio Antoniuk.

CURITIBA

1995



Parecer

Parecer conjunto dos Professores: *Isac Bruck, Newra Tellechea Rotta e Américo Ceiki Sakamoto*, sobre a dissertação "ESTUDO PROSPECTIVO SOBRE O PROGNÓSTICO DE CRISES EPILÉPTICAS RECENTES NÃO PROVOCADAS OCORRIDAS EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO", à nível de Mestrado em Pediatria, da aluna: *Cristina Andrade da Silva*, do Curso de Pós-Graduação - Mestrado em Pediatria da Universidade Federal do Paraná.

A Comissão Examinadora considerou que a *Dr^a. Cristina Andrade da Silva*, apresentou trabalho adequado para a dissertação à nível de Mestrado em Pediatria e defendeu convenientemente as arguições que lhes foram feitas, atribuindo-lhes as seguintes notas:

<i>Prof. Isac Bruck</i>	<i>Nota (100) e Conceito "A"</i>
<i>Prof^a. Newra Tellechea Rotta</i>	<i>Nota (100) e Conceito "A"</i>
<i>Prof. Américo Ceiki Sakamoto</i>	<i>Nota (95) e Conceito "A"</i>

Tendo a candidata sido aprovada com *Média Final (99) e Conceito "A"*, sendo pois unanimemente recomendada à Universidade Federal do Paraná, a concessão de título de "Mestre em Pediatria" e a publicação da dissertação em veículo de divulgação conveniente.

Curitiba, 24 de novembro de 1995.

Isac Bruck
Prof. Isac Bruck

Newra T. Rotta
Prof^a. Newra Tellechea Rotta

Américo Ceiki Sakamoto
Prof. Américo Ceiki Sakamoto



DIREÇÃO DO CORPO CLÍNICO
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

PARECER

PROJETO: ESTUDO PROSPECTIVO DE 224 CRIANÇAS COM
CRISE EPILÉPTICA NÃO PROVOCADA ÚNICA E
EPILEPSIA RECENTEMENTE DIAGNOSTICADA.
ANÁLISE SOCIAL, EDUCACIONAL, CLÍNICA E
LABORATORIAL.

Visto e analisado o Projeto acima referido, não se evidencia qualquer indício de falha ou óbice ético a sua realização. Não haverá introdução de droga não usual no tratamento destas condições. Aplica-se-ão questionários, nos moldes de estudos já realizados e publicados no Exterior.

Cabe a ressalva do esclarecimento, junto à Comissão Científica do Hospital, sobre a cobertura financeira dos custos do projeto, o que não está especificado neste, especialmente da dosagem do nível sérico de anticonvulsante. Isto posto e bem definido, sou de parecer favorável ao seu prosseguimento.

É o parecer, s. m. j.

*Apresentado pelo Dr. Edison Matos Novak, em
sessão de 22.09.55; deverá
ser obedecida a ressalva
solicitada isclamar.
Edison Matos*

Dr. Edison Matos Novak.

*Para o Doutor José Maria da Silva, meu pai,
in memoriam, com carinho e gratidão.*

AGRADECIMENTOS

- Ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná, atualmente sob chefia do Doutor Mitsuru Miyaki e a todos os seus membros pela possibilidade de aprimoramento profissional e pela realização deste trabalho.

- Ao Professor Izrail Cat, cuja personalidade e conhecimento científico no campo da medicina são exemplos a serem seguidos.

- Ao Professor Romolo Sandrini Neto, atual coordenador do Curso de Mestrado, pela ajuda oferecida.

- À Professora Martha García Gomensoro de Sánchez, pela dedicação, capacidade de ensinar, orientar e acalentar seus alunos do Curso de Metodologia Científica.

- À Professora Marizilda Martins Gavriloff, pelo apoio e companheirismo oferecidos durante a realização deste trabalho.

- Ao Doutor DUILTON de Paola, pelos ensinamentos e orientações decisivos para a realização deste estudo.

- À assistente social Miriam Bilinski Rodrigues Doehnert pela grande ajuda prestada na elaboração desta tese.

- Aos funcionários da biblioteca do Hospital de Clínicas, incansáveis em auxiliar a pesquisa médica.

- À Marcia Olandoski Ermano e Ary Elias Sabbag Júnior, estatísticos responsáveis por esta tese, pela convivência harmoniosa e confortante durante meses de estudo e trabalho.

- Aos pacientes e a seus familiares, sem os quais não seria possível a elaboração desta tese.

- Às escolas dos pacientes, que contribuíram para uma maior compreensão do universo vivido pelos pacientes.

- À Cristina Tavares da Costa Rocha, pela boas sugestões oferecidas e pelo trabalho de digitação desta tese.

- À Secretaria Estadual de Saúde, em especial ao CEPI (Centro de Epidemiologia), pelos dados epidemiológicos gentilmente cedidos.

- À Secretaria Municipal de Saúde, em especial à Sara Ruiz Turra e à Eunice do Rocio Berton Cosmo e a todos os funcionários do Posto de Saúde São Braz, pelo estímulo e compreensão na realização deste estudo.

- Aos familiares e amigos queridos, pelo apoio, carinho e compreensão.

- A Luiz Carlos da Rocha, pelos felizes anos de convívio, por toda a ajuda e pela possibilidade da existência da Maria José.

Agradecimentos especiais ao orientador desta tese, Professor Isac Bruck e ao Coorientador, Professor Sérgio Antônio Antoniuk pela incansável, paciente e cuidadosa orientação prestada durante todas as etapas desta pesquisa. Agradeço ainda os conhecimentos adquiridos no campo de neuropediatria nestes anos de convívio.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	viii
RESUMO	xi
ABSTRACT	xii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	3
2.1 HISTÓRIA DAS CRISES.....	3
2.2 EPIDEMIOLOGIA DA EPILEPSIA E CRISES EPILÉPTICAS.....	4
2.3 CLASSIFICAÇÃO DAS CRISES	7
2.4 O PROGNÓSTICO DA PRIMEIRA CRISE EPILÉPTICA NÃO PROVOCADA NA POPULAÇÃO EM GERAL.....	9
2.5 O PROGNÓSTICO DA PRIMEIRA CRISE NÃO PROVOCADA NA INFÂNCIA	20
2.6 NEUROCISTICERCOSE	30
3 CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	36
3.1 ABORDAGEM DOS PACIENTES FOCADOS NO ESTUDO.....	37
3.2 VARIÁVEIS ESTUDADAS	39
3.3 CLASSIFICAÇÃO DAS EPILEPSIAS.....	42
3.4 ESTUDO DOS FATORES DE RISCO POSSIVELMENTE ASSOCIADOS A UMA MAIOR RECORRÊNCIA DE PRIMEIRA CRISE.....	42
3.5 ABORDAGEM ESTATÍSTICA.....	43
3.6 DEFINIÇÕES.....	44
4 RESULTADOS	47
4.1 RESULTADOS GERAIS	47
4.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS 175 PACIENTES.....	48
4.3 CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS.....	49
4.4 ANAMNESE E EXAME FÍSICO.....	51
4.5 DESCRIÇÃO DAS CRISES EPILÉPTICAS.....	53
4.6 EXAMES COMPLEMENTARES.....	56
4.7 ETIOLOGIA DAS CRISES EPILÉPTICAS	60
4.8 ÍNDICE DE RECORRÊNCIA DAS CRISES EPILÉPTICAS	61

4.9	TRATAMENTO COM DROGAS ANTIEPILEPTICAS	61
4.10	EFEITOS COLATERAIS DAS DROGAS ANTIEPILEPTICAS	63
4.11	O PROGNÓSTICO DA PRIMEIRA CRISE RECENTE NA INFÂNCIA - ESTUDO DOS FATORES DE RISCO POSSIVELMENTE ASSOCIADOS A UM AUMENTO NO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA.....	64
4.12	ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DOS PACIENTES COM CRISES EPILÉPTICAS - AVALIAÇÃO DOS PAIS	79
4.13	ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DOS PACIENTES COM CRISES EPILÉPTICAS - AVALIAÇÃO DA ESCOLA	82
5	DISCUSSÃO.....	86
5.1	ASPECTOS GERAIS	86
5.2	CLASSIFICAÇÃO DAS CRISES EPILÉPTICAS.....	87
5.3	ÍNDICE DE RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE.....	88
5.4	SEXO E IDADE	89
5.5	CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS.....	90
5.6	ETIOLOGIA.....	90
5.7	TIPOS DE CRISES	92
5.8	ELETROENCEFALOGRAMA (EEG).....	94
5.9	TRATAMENTO COM DROGAS ANTIEPILEPTICAS (DAE).....	95
5.10	HISTÓRIA FAMILIAR DE CRISES EPILÉPTICAS.....	96
5.11	HISTÓRIA DE CRISES FEBRIS PRÉVIAS A CRISES NÃO PROVOCADAS.....	97
5.12	MAIS DE 1 CRISE EM 24 HORAS	97
5.13	ESTADO DE MAL EPILÉPTICO.....	98
5.14	ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DAS CRIANÇAS COM CRISES EPILÉPTICAS COM OU SEM MEDICAÇÃO ANTIEPILEPTICA	99
5.15	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
6	CONCLUSÕES	102
	ANEXO 1: MANUAL DA HISTÓRIA INFORMATIZADA DAS CRISES EPILÉPTICAS E EPILEPSIA	104
	ANEXO 2: HISTÓRIA CLÍNICA E ANAMNESE - FICHA INICIAL	142
	ANEXO 3: HISTÓRIA CLÍNICA - FICHA DE EVOLUÇÃO	144
	ANEXO 4: DADOS COLETADOS.....	146
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	182

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	DIAGNÓSTICO INICIAL DOS 224 PACIENTES QUE INICIARAM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE CRISES RECENTES.....	47
TABELA 2:	TEMPO DE SEGUIMENTO AMBULATORIAL DOS 175 PACIENTES COM CRISES EPILÉPTICAS RECENTES.....	47
TABELA 3:	TEMPO DECORRIDO ENTRE A PRIMEIRA CRISE E O INÍCIO DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL	48
TABELA 4:	IDADE AO SOFRER A PRIMEIRA CRISE NÃO PROVOCADA	49
TABELA 5:	RENDA FAMILIAR PER CÁPITA	50
TABELA 6:	ANOS DE ESTUDO DA MÃE.....	50
TABELA 7:	ESCOLARIDADE DA MÃE.....	51
TABELA 8:	ANTECEDENTES PESSOAIS	52
TABELA 9:	ANTECEDENTES MÓRBIDOS PREGRESSOS RELACIONADOS À EPILEPSIA	52
TABELA 10:	ANTECEDENTES FAMILIARES DE CRISES EPILÉPTICAS	53
TABELA 11:	EXAME NEUROLÓGICO DOS 175 PACIENTES NO INÍCIO DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL	53
TABELA 12:	CICLO VIGÍLIA-SONO DAS CRISES DE 175 PACIENTES.....	54
TABELA 13:	DURAÇÃO DAS CRISES EPILÉPTICAS.....	54
TABELA 14:	NÚMERO DE CRISES EM 24 HORAS POSTERIORES AO PRIMEIRO EPISÓDIO (NUM)	55
TABELA 15:	TIPOS DE CRISES EPILÉPTICAS.....	55
TABELA 16:	EPILEPSIAS E SÍNDROMES EPILÉPTICAS.....	56
TABELA 17:	TEMPO DECORRIDO ENTRE A PRIMEIRA CRISE E A REALIZAÇÃO DO PRIMEIRO EEG.....	56
TABELA 18:	MÉTODOS DE ATIVAÇÃO DO ELETROENCEFALOGRAMA.....	57
TABELA 19:	DIAGNÓSTICO DO 1º ELETROENCEFALOGRAMA.....	58
TABELA 20:	DIAGNÓSTICO DA PRIMEIRA TOMOGRAFIA.....	59
TABELA 21:	ETIOLOGIA DAS CRISES EPILÉPTICAS.....	60
TABELA 22:	ORIGEM DAS CRISES EPILÉPTICAS SINTOMÁTICAS REMOTAS	61

TABELA 23:	DROGAS ANTIEPILÉPTICAS UTILIZADAS NO PRIMEIRO ESQUEMA TERAPÊUTICO NA FORMA DE MONOTERAPIA	62
TABELA 24:	EFICÁCIA DO PRIMEIRO ESQUEMA TERAPÊUTICO EM PACIENTES COM CRISES RECORRENTES	62
TABELA 25:	EFEITOS COLATERAIS DA FENOBARBITAL UTILIZADO COMO MONOTERAPIA EM 75 PACIENTES.....	63
TABELA 26:	INFLUÊNCIA DO FATOR IDADE NA RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE	64
TABELA 27:	INFLUÊNCIA DA IDADE NA RECORRÊNCIA PRECOCE DA PRIMEIRA CRISE	65
TABELA 28:	INFLUÊNCIA DO FATOR "ESCOLARIDADE MATERNA" NA RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE	65
TABELA 29:	INFLUÊNCIA DA RENDA FAMILIAR PER CÁPITA NA RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE	66
TABELA 30:	INTERFERÊNCIA DA ETIOLOGIA NO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE EM 129 PACIENTES	67
TABELA 31:	ESTUDO DOS PACIENTES COM HISTÓRIA FAMILIAR DE CRISES EM RELAÇÃO À RECORRÊNCIA DA 1ª CRISE	69
TABELA 32:	DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM CRISES FEBRIS EM RELAÇÃO À RECORRÊNCIA.....	70
TABELA 33:	INTERFERÊNCIA DE MAIS DE UMA CRISE EM 24 HORAS (PRIMEIRA CRISE) NO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA EM 125 PACIENTES.....	70
TABELA 34:	INTERFERÊNCIA DE MAIS DE 1 CRISE EM 24 HORAS NO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA EM 31 PACIENTES COM CRISE SINTOMÁTICA REMOTA	71
TABELA 35:	INTERFERÊNCIA DO ESTADO DE MAL EPILÉPTICO NO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE.....	72
TABELA 36:	ESTUDO DA INTERFERÊNCIA DO TEMPO DECORRIDO ENTRE A PRIMEIRA CRISE E A ENTRADA NO ESTUDO EM RELAÇÃO AO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA EM 112 PACIENTES.....	73
TABELA 37:	ESTUDO DA INTERFERÊNCIA DO TIPO DE CRISE EM RELAÇÃO AO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE EM 129 PACIENTES	73

TABELA 38:	INFLUÊNCIA DO EEG NO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE	74
TABELA 39:	COMPARAÇÃO DOS GRUPOS 2 A 2 (VALORES DE p) QUANTO AO DIAGNÓSTICO DO EEG	75
TABELA 40:	INFLUÊNCIA DO TRATAMENTO COM DAE NO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE.....	77
TABELA 41:	DISTRIBUIÇÃO DE CRISES PARCIAIS E GENERALIZADAS EM PACIENTES COM CRISES SINTOMÁTICAS REMOTAS E CRIPTOGÊNICAS TRATADOS E NÃO TRATADOS.....	79
TABELA 42:	RELAÇÃO IDADE/ESCOLARIDADE DE 84 PACIENTES COM CRISES EPILÉPTICAS ÚNICAS OU RECORRENTES	79
TABELA 43:	COMPORTAMENTO GLOBAL DOS PACIENTES COM CRISES EPILÉPTICAS, SEGUNDO AVALIAÇÃO DOS PAIS	80
TABELA 44:	RELAÇÃO IDADE/ESCOLARIDADE DE 53 PACIENTES DO GRUPO CONTROLE	81
TABELA 45:	COMPORTAMENTO GLOBAL DO GRUPO CONTROLE, SEGUNDO AVALIAÇÃO DOS PAIS	81
TABELA 46:	DISTRIBUIÇÃO DE 74 PACIENTES COM RELAÇÃO AO ANO ESCOLAR	83
TABELA 47:	PROBLEMAS ESCOLARES DE 74 PACIENTES SEGUNDO A ESCOLA	83
TABELA 48:	PROBLEMAS ESCOLARES DO GRUPO CONTROLE SEGUNDO A ESCOLA	84

RESUMO

Estudou-se prospectivamente 175 pacientes pediátricos com crises parciais ou generalizadas tônicas, clônicas ou tônico-clônicas não provocadas e de início recente por um período médio de 27 meses. Analisou-se os fatores possivelmente relacionados a um aumento no índice de recorrência da primeira crise e os efeitos colaterais comportamentais das drogas antiepiléticas utilizadas. O índice geral de recorrência foi de 44%. Cerca de 80% dos indivíduos que recorreram, o fizeram até o 6º mês após o primeiro episódio. Os pacientes com crises sintomáticas remotas sofreram recorrência em 62,50% dos casos, enquanto que os pacientes com crises criptogênicas tiveram índices de recorrência de 45,36% ($p=0,0927$). Sexo, idade, condições sócio-econômicas, tipo de crise, história familiar de crises e estado de mal epilético não foram relacionados a um aumento nos índices de recorrência tanto nos indivíduos com crises criptogênicas como nos indivíduos com crises sintomáticas remotas. No grupo criptogênico somente o eletroencefalograma foi fator de previsão de recorrência, enquanto que no grupo de pacientes com crises sintomáticas remotas a existência de mais de uma crise em 24 horas esteve relacionada a um maior índice de recorrência. O tratamento com drogas antiepiléticas (DAE) foi utilizado em 30,89% dos pacientes após a primeira crise. Observou-se uma redução no risco de recorrência de 65,88% para 5,26% quando utilizou-se DAE imediatamente após a primeira crise. Efeitos comportamentais foram observados nos pacientes que utilizaram o fenobarbital.

ABSTRACT

175 pediatric patients that recently had a non-provoked tonic, clonic or tonic-clonic seizures, both partial and generalized were prospectively studied by a mean period of 27 months. Forecast factors related to an increase in the rate of recurrence of the first seizure as well as possible collateral behavioral effects of the antiepileptic drugs prescribed were also analysed. The overall recurrence rate was 44%. In approximately 80% of the patients suffering recurrences these occurred within 6 months from the first episode. Patients with remote symptomatic seizures experienced recurrences in 62.50% of the cases, while patients with cryptogenic seizures experienced recurrence rate of 45.36% ($p=0.0927$). Sex, age, socio-economic conditions, types of seizures, occurrence of seizures in the family and status epilepticus were not related to an increase in recurrence rate, either in individuals with cryptogenic seizures or remote symptomatic seizures. As far as the link between recurrence rate and type of seizures the EEG was the only factor that forecast recurrences of seizures in the cryptogenic group, while in the remote symptomatic patients only the occurrence of more than one seizures in 24 hours was related to a higher incidence of recurrences. Treatment was started with antiepileptic drugs (AED) in 30.39% of the patients following the first seizure. A decrease in recurrence rate from 65.88% to 5.26% was observed in patients who were given AED immediately after the first seizure. Behavioral changes were observed in patients on the use of phenobarbital.

1 INTRODUÇÃO

Em 1978 a Organização Mundial da Saúde identificou a epilepsia como uma desordem cujo controle deveria receber prioridade máxima, em virtude de sua alta prevalência nos países em desenvolvimento e conseqüências potencialmente severas (WHO, 1978, p.9).

Estima-se que 2 a 5% da população mundial experimentará pelo menos uma crise não febril durante a vida (HAUSER e KURLAND, 1975, p.1; GOODRIDGE e SHORVON, 1983, p.641). O conhecimento da história natural dos pacientes que apresentam uma primeira crise não provocada e os fatores de risco de maior importância para a recorrência é um pré-requisito necessário para se tomar atitudes corretas frente a esses pacientes. Segundo a Academia Americana de Pediatria, este fato é particularmente importante na infância, período em que ocorre alta incidência de efeitos adversos das drogas antiepilépticas (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1985, p.644). Os riscos de recorrência após a primeira crise não provocada variam de 27% a 71% em estudos com diferentes metodologias (THOMAS, 1959; BLOM et al., 1978; HAUSER et al., 1982; HIRTZ et al., 1984; CAMFIELD et al., 1985; ELWES et al., 1985; ANNEGERS et al., 1986). Poucos destes estudos foram realmente prospectivos e restritos à população pediátrica. Até o momento não há consenso sobre a magnitude do risco de recorrência da primeira crise não provocada na infância, especialmente nos países latino-americanos, onde o número de trabalhos é ainda mais reduzido (SAKAMOTO, 1985). Estes fatos, associados a uma possível maior prevalência da epilepsia e crises únicas na América Latina, em comparação com países do hemisfério Norte (BITTENCOURT, 1990, p.807), motivam a realização de um estudo prospectivo sobre o prognóstico da primeira

crise ocorrida nas crianças provenientes da região metropolitana de Curitiba e encaminhadas a um centro especializado de tratamento.

São objetivos deste estudo:

- 1) Detectar o índice de recorrência da primeira crise recente não provocada ocorrida em uma população pediátrica encaminhada ao Hospital de Clínicas da UFPR:Curitiba.
- 2) Estudar possíveis fatores de risco associados a uma maior recorrência da primeira crise nesta população.
- 3) Observar a eficácia das drogas antiepilépticas na prevenção da recorrência da primeira crise.
- 4) Apontar os possíveis efeitos adversos comportamentais das crises e das drogas antiepilépticas na população pediátrica estudada.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTÓRIA DAS CRISES

Desde os tempos de Hipócrates e Galeno as causas e o tratamento das crises convulsivas têm intrigado médicos que se dedicam à infância (ASHWAL, 1992a, p.194). Os escritos de Hipócrates (460-370 AC) são conhecidos como um dos trabalhos mais antigos de descrição de crises na infância e sugerem que os ataques convulsivos deveriam ser oriundos de fenômenos obstrutivos dos vasos cerebrais (ASHWAL, 1992a, p.194). POMELL, em 1653 e STAUMARE em 1664 observaram que uma possível causa das crises na infância poderia estar relacionada à hereditariedade. Os trabalhos descritos no século XVIII já apresentam uma complexidade maior, provenientes da Europa e Escandinávia. Em 1754 SUNDIUS apresentou uma dissertação com o título "Epilepsiae Infantili", quando listou 9 possíveis causas para a epilepsia na infância: "meconio retento" (constipação), "torminibus" (cólicas), "affectibus animi nutricis" (problemas nutricionais), "dentitione" (dentição), Scabie retropulsa (prurido conseqüente à escabiose), "febribus escarthematis" (exantema febril), "vermibus" (verminoses), "febre intermittante" e "calculo" (ASHWAL, 1992a, P.194).

Com o início do século XIX monografias mais extensas sobre epilepsia na infância foram publicadas. TIMOTHÉE publicou em 1789 "Des convulsiones dans l'enfance, de leurs causes, et de leur traitement", que foi revisada e uma segunda edição publicada em 1805. CLARKE, em "Diseases of Children" em 1815 apresentou a primeira descrição de tetania e crises convulsivas, que é reconhecida atualmente como secundária à hipocalcemia (ASHWAL, 1992b, p.212).

Em 1857 o tratamento efetivo da epilepsia é iniciado com a introdução dos brometos (CAPLAN, 1994, p.186). A história natural das crises epiléticas não tratadas é desconhecida.

Até meados da década de 70 a maioria das crianças com crises de qualquer tipo (febril ou afebril) era submetida a tratamento com drogas antiepiléticas por longo tempo. Até então, acreditava-se que a maioria desses pacientes sofreria outras crises caso não fosse tratada (THOMAS, 1959, p.457). Além disso, mesmo as crises de curta duração poderiam provocar danos cerebrais e levar progressivamente à epilepsia intratável. Acreditava-se, ainda, que as drogas antiepiléticas eram efetivas, seguras e associadas a uma pequena morbidade.

Mais recentemente um grande número de pesquisas vem alterando estes conceitos. Muitas crianças que sofreram uma primeira crise epilética não apresentarão um segundo episódio; mesmo as crises mais prolongadas raramente causam danos cerebrais, a não ser que estejam associadas a alterações neurológicas agudas (DUNN, 1988, p.167; MAYTAL et al., 1989, p.323). Ao contrário do que se pensava, as drogas antiepiléticas, embora eficazes, produzem importantes efeitos colaterais (VINING et al., 1987, p.165).

Estes conhecimentos mais recentes vêm mudando a abordagem do paciente pediátrico que sofre uma primeira crise epilética.

2.2 EPIDEMIOLOGIA DA EPILEPSIA E CRISES EPILÉTICAS

Aproximadamente 1% da população desenvolverá epilepsia até 20 anos de idade e 3,4% a desenvolverá até 80 anos (ANNEGERS, 1994, p.15).

A prevalência é a proporção de indivíduos da população afetados por uma doença em um determinado momento. A maioria dos estudos nos últimos anos restringe o estudo da prevalência aos indivíduos que sofreram crises ou tenham feito uso de medicamentos antiepiléticos nos últimos 5 anos (HAUSER

et al., 1991, p.429). A prevalência da epilepsia foi estudada nos Estados Unidos, Europa, Nigéria, Índia e China, com taxas que variam de 5 a 8 pessoas por 1000 habitantes (ANNEGERS, 1994, p.15). Estes estudos sugerem taxas uniformes de epilepsia em todo o mundo. Alguns estudos, no entanto, realizados em países tropicais demonstram taxas excessivamente altas, como de 57 pessoas por 1000 habitantes no Panamá (GARCIA et al., 1990, p.718). Um estudo realizado em São Paulo (MARINO et al., 1987, p.243) encontrou taxa de prevalência de 11.9 por 1000 habitantes. GRIMSEN et al. (1972, p.572) encontraram uma taxa de prevalência semelhante em Buenos Aires: 13 por 1000 habitantes. Em geral, estudos epidemiológicos indicam uma maior prevalência de epilepsia na América Latina do que nos países do hemisfério Norte. A maioria dos epidemiologistas acredita que este fato esteja relacionado a uma variedade de fatores etiológicos mais freqüentes nos países em desenvolvimento, como a desnutrição, a violência e doenças infecciosas e parasitárias do sistema nervoso central (BITTENCOURT e TURNER, 1990, p.807).

Parece haver uma maior prevalência de epilepsia na infância na América Latina que em outros países. No Chile a prevalência na população pediátrica (crianças de até 15 anos de idade) foi de 31.9 por 1000 habitantes, enquanto que em Rochester, Minnesota, foi de 9.8 por 1000 habitantes e no Japão de 8.2 por 1000 habitantes (LAVADOR et al., 1992, p.718; HAUSER, 1994).

A taxa de incidência mede a ocorrência de novos casos de doença por unidade de pessoa em um período de tempo. As taxas de incidência de epilepsia variam com a idade e situam-se em torno de 30 a 50 por 100.000 habitantes ao ano (ANNEGERS, 1994, p.15). A epilepsia ocorre em todas as idades, porém, é predominantemente uma doença da infância e dos idosos (ANNEGERS, 1994, p.15).

A incidência de epilepsia em crianças e adolescentes varia de 50 a 100 por 100.000 habitantes. Deve-se salientar que todos os estudos sobre este

assunto foram realizados em países desenvolvidos (HAUSER, 1994, p.1). A maior incidência de epilepsia ocorre no primeiro ano de vida em estudos realizados na Europa, Estados Unidos e no Japão. Um estudo de incidência realizado no Chile demonstra um segundo pico de incidência na segunda década de vida, um fenômeno que pode explicar a alta prevalência de epilepsia em adolescentes na América Latina (LAVADOR et al., 1992, p.718).

A cada ano cerca de 150.000 crianças e adolescentes procuram os serviços médicos nos Estados Unidos devido a problemas de desordens convulsivas (HAUSER, 1994, p.1). Os pacientes com epilepsia representam o grupo de maior morbidade, porém são responsáveis somente por 20% de todos os pacientes com desordens convulsivas recentemente diagnosticadas (HAUSER, 1994, p.1).

Entre 2 a 4% das crianças na Europa e nos Estados Unidos experimentarão pelo menos 1 convulsão associada à febre antes de 5 anos de idade (ANNEGERS et al., 1987, p.493). O maior pico de incidência de convulsão febril ocorre no segundo ano de vida. Cerca de 3 a 6% das crianças que apresentam crises convulsivas febris desenvolverão epilepsia posteriormente (ANNEGERS et al., 1987, p.493). O risco para a epilepsia se estende até a terceira década de vida (HAUSER, 1994, p.1).

A incidência de todas as desordens convulsivas combinadas é maior no segundo ano de vida e cai após os 2 anos (HAUSER e KURLAND, 1975, p.1).

Entre 0,5 a 1% das crianças experimentarão uma crise não provocada e não sofrerão recorrência (van den BERG e YERUSHLAMY, 1969, p. 298; HAUSER e KURLAND, 1975, p.1). Quando todas as formas de desordens convulsivas são combinadas (incidência cumulativa), cerca de 4 a 10% das crianças e adolescentes experimentarão alguma forma de convulsão, embora somente 1% da população na faixa de 20 anos de idade apresentará epilepsia. Nesta população de epiléticos, cerca de 0,3% dos pacientes apresentarão

história de crises neonatais, 15 a 20% dos pacientes possuirão história de crises sintomáticas agudas e 10 a 15% dos pacientes terão história de convulsão febril anteriores ao desenvolvimento da epilepsia. Estes três subgrupos poderão estar intercalados entre si. (HAUSER, 1994, p.1).

2.3 CLASSIFICAÇÃO DAS CRISES

A classificação clínica e eletroencefalográfica das crises epiléticas foi revisada e publicada pela Comissão de Classificação e Terminologia da Liga Internacional Contra Epilepsia em 1981. Foi baseada em uma profunda experiência clínica dos autores e em estudos de videotelemetria (COMMISSION, 1981, p.489).

A classificação atual mantém o conceito já adotado desde 1970 (GASTAUT, 1970, p.102) de dividir as crises em generalizadas e crises inicialmente parciais com ou sem generalização secundária. Introduz o conceito de crises parciais simples (crises sem alteração da consciência) e crises parciais complexas (com alteração da consciência).

Em 1989 foi publicada uma revisão da Classificação das Epilepsias e Síndromes Epiléticas, também elaborada pela Comissão de Classificação e Terminologia da Liga Internacional Contra Epilepsia, e veio complementar a classificação das crises epiléticas (COMMISSION, 1989, p.389). Esta classificação foi baseada em estudos de videotelemetria e estudos eletroencefalográficos com eletrodos profundos. Os próprios autores, à época da publicação, admitiram que esta classificação não é totalmente satisfatória. Existem casos de difícil caracterização porque a epilepsia pode progredir de uma síndrome para outra (COMMISSION, 1989, p.389).

A classificação das crises epiléticas de 1981 vem sendo estudada em países em desenvolvimento. SENANAYAKE (1993, p.812) no Sri Lanka estudou a aplicabilidade desta classificação em pacientes referidos a um hospital universitário, com diagnóstico de epilepsia (mais de uma crise). Foram

estudados 250 pacientes, com idade de 4 a 72 anos. Os pacientes com menos de 10 anos representaram 4,2% da amostra. Baseando-se na sintomatologia clínica, 94,6% dos casos puderam ser classificados. Associando-se o eletroencefalograma interictal a percentagem de crises classificadas aumentou para 97%. As crises parciais (73,8%) foram 3 vezes mais freqüentes que as generalizadas (23,3%). Houve dificuldades em se classificar as crises parciais simples (0,4%) e crises parciais complexas (8,8%), enquanto que as crises parciais com generalização secundária foram responsáveis por 64,6% dos casos de toda a amostra. Neste último subgrupo algumas modificações se fizeram necessárias. As crises parciais simples seguidas de crises parciais complexas e seguidas de crises generalizadas foram excluídas da classificação, já que houve dificuldades técnicas neste diagnóstico. Uma nova categoria de crises parciais com generalização secundária foi introduzida para inserir casos cuja natureza específica do episódio inicial não foi possível definir. Criou-se, então, a subcategoria de crises parciais com início indefinido seguidas de generalização secundária. As crises parciais simples com generalização secundária representaram 19,1% dos casos; as parciais complexas com generalização secundária representaram 34,9% e as crises parciais de início indefinido com generalização secundária 5,8% dos casos da amostra.

Com relação às crises generalizadas, houve uma simplificação da Classificação de 1981. As crises foram classificadas em ausências, crises mioclônicas e crises tônico-clônicas.

Concluiu-se que a classificação internacional das crises epiléticas é aplicável em um país em desenvolvimento já que conseguiu-se classificar 97% das crises epiléticas. As dificuldades encontradas foram a classificação de crises parciais simples seguidas de crises parciais complexas e seguidas de generalização secundária, crises generalizadas clônicas e crises generalizadas tônicas. A deleção destas subcategorias e a inclusão de crises parciais de início

indeterminado com generalização secundária tornou a classificação operável em um país do Terceiro Mundo.

SHAH et al., na Índia utilizaram a Classificação Internacional de Crises de 1981 e Epilepsias e Síndromes Epilépticas de 1989 objetivando detectar a incidência dos diversos tipos de crises e epilepsias em uma população pediátrica. A idade dos pacientes variou de 1 a 14 anos. Foram excluídos pacientes com convulsão febril e crises sintomáticas agudas. A tomografia de crânio foi realizada em 34,7% dos pacientes.

As crises parciais representaram 53,6% dos casos; as crises generalizadas, 40% e as crises não classificadas, 6% dos casos. Quanto ao diagnóstico da epilepsia, observou-se que as epilepsias localizadas foram responsáveis por 55,3% da amostra (4,3% foram crises idiopáticas, 44,9% crises sintomáticas e 50,8% crises critogênicas). As epilepsias generalizadas foram responsáveis por 27%, as epilepsias indeterminadas 13,5% e as síndromes especiais por 4,1%. A incidência de epilepsias sintomáticas (localizadas e generalizadas) foi de 30,8%.

Os autores concluíram que as classificações atuais possibilitam a classificação da maior parte das crises e epilepsias na população pediátrica em um país em desenvolvimento.

2.4 O PROGNÓSTICO DA PRIMEIRA CRISE EPILÉPTICA NÃO PROVOCADA NA POPULAÇÃO EM GERAL.

A recorrência da primeira crise não provocada tem sido objeto de pesquisa desde a década de 60, quando os primeiros trabalhos sobre o assunto foram publicados. THOMAS seguiu 48 pacientes por um período de 3 a 8 anos e encontrou índice de recorrência de 27% (1959, p.457); SAUNDERS e MARSHALL estudaram 39 pacientes referidos a um serviço de eletroencefalografia e observaram que 1/3 desses pacientes recorreram em um

período médio de 26 meses de seguimento (1975, p.731); JOHNSON et al., em um estudo prospectivo de marinheiros, reportaram índice de recorrência de 39% em um período de 3 anos de seguimento (1972, p.193); CLELAND et al. seguiram 70 pacientes por 5 anos e detectaram um índice de recorrência de 39% (1981, p.1364). Estes estudos iniciais apresentam várias limitações metodológicas, como número pequeno de pacientes estudados, tempo de seguimento incompleto ou não especificado, inclusão de pacientes com crises sintomáticas agudas e inclusão de pacientes com várias crises prévias ao início do estudo.

Já no início dos anos 80, trabalhos multicêntricos e com metodologias mais apropriadas, começaram a ser publicados. HAUSER et al. publicaram um estudo intitulado "*Recorrência após a primeira crise não provocada*" (1982, p.26). Neste trabalho, os autores seguiram 224 pacientes de todas as idades que apresentaram uma primeira crise não provocada, por um período médio de 22 meses. Somente pacientes com crises idiopáticas e sintomáticas remotas participaram do estudo.

O risco total de recorrência foi de 16% em 12 meses, 21% em 24 meses e 27% em 36 meses. O risco de recorrência dos pacientes sintomáticos remotos (N = 65) foi significativamente maior ($p = 0,04$) do que o risco de recorrência dos pacientes idiopáticos (N = 173). A recorrência foi de 20% nos pacientes idiopáticos e de 31% nos pacientes sintomáticos remotos. Todos os pacientes que recorreram o fizeram até 36 meses após a primeira crise. No grupo de pacientes idiopáticos, o índice de recorrência foi maior naqueles que apresentaram eletroencefalograma (EEG) com anormalidade irritativa generalizada em comparação aos pacientes com EEG com anormalidades inespecíficas ou com EEG normal (50% versus 14% de recorrência em 24 meses, $p < 0,01$). A história familiar positiva (restrita a familiares do primeiro grau) de epilepsia também propiciou uma maior recorrência nos pacientes

idiopáticos. Outros fatores como idade, sexo, tipo de crise, tratamento com antiepiléticos, estado de mal epilético e anormalidades do exame neurológico não afetaram o risco de recorrência.

Este índice de recorrência de 27% foi questionado por LOGAM e HART (1983, p.20) quando observaram que este estudo apresentou a falha metodológica de excluir todos os pacientes que sofreram uma recorrência dentro de 7 dias após a primeira crise (N = 435). Caso estes pacientes não fossem excluídos, o índice de recorrência seria maior. Além disso, 69% dos pacientes receberam medicação antiepilética, o que poderia favorecer o menor índice de recorrência desses pacientes.

ELWES et al. (1985, p.752) obtiveram índices mais altos de recorrência em pacientes com uma primeira crise tônico-clônica generalizada. Estes autores seguiram 133 pacientes recrutados imediatamente após o primeiro episódio de crise. A taxa de recorrência cumulativa foi de 20% em 1 mês, 28% em 2 meses, 32% em 3 meses, 46% em 6 meses, 62% em 1 ano e 67% em 3 a 4 anos. Os autores concluíram que a maioria dos pacientes com primeira crise evoluíram para epilepsia.

Segundo HART e EASTON (1986, p.1289), cerca de 40% dos pacientes com uma primeira crise recorrem dentro de 2 meses de evolução e, portanto, o tempo decorrido entre o primeiro episódio e a entrada do paciente no estudo é crucial para se avaliar a recorrência de pacientes com primeira crise.

ANNEGERS et al. (1986, p.43) estudaram retrospectivamente todos os pacientes com história de primeira crise não provocada entre o período de 1935 a 1979, residentes em Rochester, Minnesota. Foram excluídos os pacientes com crises recorrentes, com ausência, e com crises mioclônicas. Fizeram parte do estudo 424 pacientes identificados no momento de sua primeira crise. Apresentaram crises idiopáticas 287 pacientes (66%), crises sintomáticas remotas 122 pacientes (28,7%) e 15 (3,5%) pacientes apresentaram crises

associadas a defeitos neurológicos desde o nascimento (déficit mental severo e/ou paralisia cerebral). Cerca de 60% dos pacientes foram tratados com drogas antiepilépticas. Estudando-se todos os indivíduos, 9% recorreram em 1 mês; 21% recorreram em 3 meses; 30% recorreram em 6 meses e 36% recorreram em 1 ano. O índice de recorrência aos 3 anos foi de 48% e aumentou para 56% ao final de 5 anos de seguimento. Os indivíduos com crises idiopáticas apresentaram um melhor prognóstico: 26% recorreram em 1 ano e 45% recorreram em 5 anos. Indivíduos com crises sintomáticas remotas apresentaram índices bem maiores de recorrência: 56% em 1 ano e 72% em 5 anos. Os pacientes com paralisia cerebral e/ou déficit mental severo recorreram em 92% dos casos em 1 ano. No grupo idiopático, o eletroencefalograma com anormalidade irritativa generalizada, anormalidades focais e anormalidades inespecíficas, foram associadas a índices de recorrência de 25, 29 e 29%, respectivamente. Todos estes índices foram maiores que o índice de recorrência de 16% no final do primeiro ano dos pacientes com EEG normal. As crises parciais contribuíram mais para a recorrência do que as crises generalizadas (44% versus 33%) na população de pacientes idiopáticos ao final de 3 anos de seguimento. Da mesma forma, no grupo de pacientes sintomáticos remotos, o risco de recorrência foi maior nos indivíduos com crises parciais (77%) se comparados com indivíduos com crises generalizadas (57%). O risco de recorrência foi similar nos pacientes tratados e não tratados (29% versus 25%, respectivamente) após 1 ano de seguimento. Aproximadamente aos 5 anos de seguimento, o percentual de recorrência foi de 60% nos pacientes tratados e 41% nos pacientes não tratados. Os autores sugerem que estes índices de maior recorrência nos pacientes tratados sejam devido a uma maior proporção de pacientes com pior prognóstico neste grupo. A idade, sexo e o período decorrido para se chegar ao diagnóstico da primeira crise não foram fatores determinantes de maior recorrência.

Em meados da década de 80, a partir da análise de vários estudos publicados fica claro que (embora estes estudos apresentassem algumas diferenças metodológicas) o risco de recorrência é maior nos primeiros 6 meses após o primeiro episódio (HAUSER et al., 1982; ELWES et al., 1985; ANNEGERS et al., 1986; HART e FASTON, 1986).

Até o final dos anos 80, o índice geral de recorrência geral após a primeira crise mantinha-se incerto. Vários estudos apresentavam estimativas que variavam de 27% aos 36 meses de seguimento em pacientes idiopáticos (HAUSER et al., 1982, p.26), até 84% de recorrência nos pacientes de qualquer etiologia (GOODRIDGE e SHORVON, 1983, p.645).

HAUSER et al. (1990, p.1163) publicaram um extenso estudo prospectivo de pacientes com primeira crise, residentes nos Estados Unidos e com acompanhamento por mais de 4 anos. Fizeram parte do estudo 208 pacientes de todas as idades. Cerca de 23% da amostra foi composta por pacientes abaixo de 20 anos de idade, principalmente adolescentes. Os pacientes foram identificados nos serviços de emergência dentro de 24 horas após a primeira crise não provocada. A maioria dos pacientes candidatos ao estudo (74%), na verdade, já havia experimentado várias crises não provocadas antes do primeiro contato médico. Foram encaminhados ao estudo 1167 pacientes, porém somente 208 receberam o diagnóstico da primeira crise não provocada. Dos 208 pacientes, 64 sofreram recorrência (30,7%). Para o grupo como um todo, a recorrência estimada (KAPLAN-MEIER) foi de 14%, 29% e 34% em 1, 3 e 5 anos de seguimento, respectivamente. O risco de recorrência foi maior no primeiro ano de seguimento e declinou com o passar dos anos. A existência de um insulto prévio ao sistema nervoso central foi um importante fator predictor de recorrência. O risco de recorrência para 149 pacientes com crises idiopáticas foi estimado em 10%, 24% e 29% em 1, 3 e 5 anos, respectivamente. Estes números contrastam com os índices de 26%, 41% e 48%

em 1, 3 e 5 anos de 59 pacientes com crises sintomáticas remotas. A análise univariável dos pacientes idiopáticos detectou um aumento significativo no índice de recorrência nos subgrupos de pacientes com parentes de 1º grau com epilepsia, em pacientes com EEG com atividade irritativa generalizada e em pacientes com história de crises sintomáticas agudas prévias à primeira crise não provocada. Os fatores de risco que apresentaram aumento no índice de recorrência, embora não significativos, foram a paralisia de Todd, crises múltiplas e/ou estado de mal epiléptico e pacientes com exame neurológico anormal. A idade, sexo e tipo de crise não foram associados a aumento de recorrência nestes pacientes. A análise univariável dos pacientes sintomáticos remotos demonstrou aumento significativo na recorrência nos subgrupos que apresentaram paralisia de Todd, pacientes com crises sintomáticas prévias a primeira crise não provocada e pacientes cujas crises iniciais foram caracterizadas por estado de mal epiléptico e/ou múltiplas crises. Entre os indivíduos com crises sintomáticas remotas houve aumento não significativo na recorrência nos subgrupos de pacientes que apresentaram parentes de primeiro grau com história de epilepsia e em pacientes com exame neurológico anormal. O tipo de crise, sexo, EEG e a idade não interferiram na recorrência. Para o grupo como um todo (idiopáticos e sintomáticos remotos) os fatores associados a um aumento significativo na recorrência foram: paralisia de Todd, parentes de primeiro grau com epilepsia, crises sintomáticas agudas prévias à crise inicial, crise inicial exteriorizada através de estado de mal epiléptico e/ou múltiplas crises e EEG anormal com atividade irritativa generalizada. Todos os fatores que aumentaram recorrência na análise univariável fizeram parte de uma análise multivariável. Como resultado, obteve-se que os mesmos fatores com exceção de estado de mal epiléptico/múltiplas crises mantiveram-se significativos para o grupo como um todo. O tratamento com drogas antiepilépticas foi recomendado para 80% dos pacientes. A medicação estava associada a um modesto, mas não

significativo, aumento no risco de recorrência. Na opinião dos autores isto não significa que as drogas antiepilépticas sejam ineficazes na prevenção das crises e, segundo os mesmos, os dados desse trabalho são inadequados para se estudar a eficácia das drogas antiepilépticas, que só se viabilizará através de estudos clínicos randomizados e com monitorização cuidadosa do uso das drogas pelos pacientes tratados. Para um paciente com crise idiopática e sem nenhum fator de risco associado, o risco estimado de recorrência aos 5 anos foi de 20,6%. Este índice aumenta para 45% nos indivíduos com parentes de 1º grau afetados, 48% nos indivíduos com EEG evidenciando atividade irritativa generalizada e para 34,6% nos indivíduos com história de crise sintomática aguda prévia à crise inicial. Para os pacientes com crises sintomáticas remotas sem mais nenhum fator associado, o risco de recorrência ao final de 4 anos é de 36,9% e aumenta para 53,3% se estes pacientes também apresentarem estado de mal epilético/múltiplas crises, 83,8% se ocorrer paralisia de Todd e para 95,3% se estes pacientes apresentarem história prévia de crises sintomáticas agudas. Segundo HAUSER et al. (1990, p.1163), os índices de recorrência da primeira crise não provocada variam de 27 a 71%. Esta divergência de resultados é uma consequência de diferentes metodologias utilizadas, características da população estudada, duração do seguimento e métodos estatísticos que diferem substancialmente de trabalho para trabalho.

MUSSICO et al., na Itália, publicaram um estudo randomizado, não duplo-cego sobre a eficácia das drogas antiepilépticas em reduzir a recorrência de uma primeira crise não provocada tônico-clônica (FIRST SEIZURE TRIAL GROUP, 1993, p.478). Estima-se que as drogas antiepilépticas são eficazes em prevenir a recorrência de crises não provocadas em 50 a 90% dos pacientes com epilepsia de início recente (SHORVON et al., 1984; MATTSON et al., 1985; BEGHI et al., 1986). Apesar da elevada frequência de efeitos colaterais de tais drogas, há consenso em se tratar os pacientes que tenham sofrido duas ou mais

crises não provocadas. No entanto, as opiniões e atitudes frente ao paciente com uma única crise não provocada continuam gerando debates e controvérsias. Estudos não randomizados sobre a recorrência da primeira crise não reportam diferenças de índice de recorrência entre os pacientes tratados e não tratados (CAMFIELD et al., 1985; ANNEGERS et al., 1986; HOPKINS et al., 1988; HAUSER et al., 1990; SHINNAR e BALLAMBAM-GIL, 1990). No entanto, um estudo clínico randomizado concluiu que a carbamazepina diminuiu os riscos de recorrência da primeira crise (CAMFIELD et al., 1989, p.851). Pacientes provenientes de 35 centros médicos, com mais de 2 anos de idade e com história de crise tônico-clônica de início parcial ou generalizado atendidos dentro de 7 dias após a primeira crise foram convidados a participar do estudo. Os indivíduos que aceitaram participar do estudo foram randomizados a iniciarem tratamento imediatamente após a primeira crise ou a só receberem drogas antiepilépticas no caso de recorrência. As drogas utilizadas foram a carbamazepina, fenitoína, fenobarbital ou ácido valpróico na forma de monoterapia. Obteve-se os níveis plasmáticos destas drogas após 1 mês de tratamento. Os pacientes com mais de 1 crise em 24 horas, com estado de mal epilético, com crises sintomáticas agudas e com desordens progressivas do SNC não participaram desse estudo. Não foram excluídos pacientes com história duvidosa de crises epiléticas prévias à crise índice (crise que levou o paciente a entrar no estudo). Houve acompanhamento de 397 pacientes. Destes, 204 foram randomizados a iniciarem medicação antiepiléptica imediatamente e 193 randomizados a iniciarem medicação somente em caso de recorrência. Durante seguimento de 24 meses, sofreram recorrência 36 pacientes tratados e 75 pacientes não tratados. A probabilidade de recorrência entre os pacientes tratados foi de 4% em 1 mês, 7% em 3 meses, 9, 17, 23 e 25% em 6, 12, 18 e 24 meses. Os valores correspondentes para pacientes não tratados foram 8, 18, 28, 41, 45 e 51%, respectivamente. Além do tratamento, as outras variáveis que

aumentaram o risco de recorrência foram a idade e a presença de anormalidade epileptiforme no eletroencefalograma. Pacientes com menos de 16 anos apresentaram 2 vezes mais chances de recorrência. Pacientes com EEG demonstrando anormalidades epileptiformes recorreram 1.7 vezes mais do que aqueles com EEG normal. O tratamento da primeira crise com drogas antiepilépticas reduziu significativamente a recorrência de 51% para 25% em 2 anos de seguimento. O resultado desse estudo é o oposto dos resultados de estudos prévios não randomizados (CLELAND et al., 1981; CAMFIELD et al., 1985; HAUSER et al., 1990; SHINNAR e BALLAMBAM-GIL, 1990), quando o tratamento geralmente foi iniciado em pacientes com maior risco de recorrência. Este fato pode explicar a não eficácia do tratamento nestes estudos. O efeito do tratamento foi evidente, apesar de cerca de 20% destes pacientes randomizados a receberem medicação após a primeira crise terem interrompido a medicação em algum momento do estudo. Neste grupo de pacientes, 27% (11/41) apresentaram recorrência em oposição a 15% (25/163) no grupo de pacientes com boa aderência ao tratamento. Concluiu-se que o tratamento com drogas antiepilépticas reduziu significativamente o risco de recorrência da primeira crise não provocada.

Em um estudo populacional e prospectivo realizado na Inglaterra, SANDERS et al. (1990, p.1267) procuraram detectar a real incidência da recorrência e o prognóstico das crises epilépticas de início recente na população em geral. Fizeram parte do estudo pacientes com diagnóstico confirmado ou suspeito de crises epilépticas, inclusive crises febris e crises associadas a desordens agudas. Pacientes com diagnóstico prévio de crises epilépticas foram excluídos, assim como pacientes com história de crises neonatais. A crise que resultou no registro do paciente, ou seja, que levou ao diagnóstico ou à suspeita diagnóstica, foi denominada crise índice. A crise índice não foi necessariamente a primeira crise. A classificação das crises ocorreu da seguinte forma: crises

criptogênicas (crises idiopáticas ou com causa predisponente não conhecida), crises sintomáticas (lesões ao sistema nervoso central adquiridas após o período pré-natal), crises sintomáticas agudas (crises ocorridas até 3 meses após um insulto agudo do sistema nervoso central) e crises associadas a anormalidades do sistema nervoso central congênitas ou adquiridas no período perinatal. Os pacientes abaixo de 15 anos foram responsáveis por 25% da amostra do estudo. A idade média foi de 32 anos. Foram estudados 1091 pacientes. Cerca de 61% dos pacientes apresentaram crises criptogênicas. A proporção de crises sintomáticas aumentou com a idade: 83% das crianças até 9 anos apresentaram crises criptogênicas comparadas a 38% dos pacientes acima de 60 anos. Quando ao tipo de crise, 52% foram crises parciais ou parciais com generalização secundária e 39% foram crises generalizadas desde o início. Somente 3% dos pacientes apresentaram crises mioclônicas ou de ausência. A crise índice foi também a primeira crise em 252 pacientes dos 564 com diagnóstico de crises epiléticas definitivas. Os pacientes com crises epiléticas definitivas (N=564) foram estudados para se detectar o índice de recorrência da primeira crise e os fatores de risco associados à recorrência. Estes pacientes foram divididos em 4 grupos: grupo A (análise da recorrência após a primeira crise), grupo B (análise da recorrência da crise índice, ou seja, da crise que levou ao diagnóstico), grupo C (análise da recorrência nos pacientes cuja crise índice foi também a primeira crise) e grupo D (análise da recorrência dos pacientes que sofreram a primeira crise com antecedência de até 6 meses da crise índice). Este último grupo foi introduzido para se investigar as conseqüências de se estudar pacientes cuja crise inicial não tenha sido a primeira crise, sendo o estudo de certa forma retrospectivo. No grupo A, uma segunda crise ocorreu em 78% dos casos dentro de 3 anos de seguimento. A recorrência do grupo C foi substancialmente mais baixa (46%), o que enfatiza a importância de se identificar os pacientes imediatamente após a primeira crise.

Pacientes que tenham sofrido uma recorrência precoce antes da notificação da primeira crise foram excluídos do grupo C (como é o caso de inúmeros estudos sobre a primeira crise) e esta exclusão pode explicar a queda da recorrência de 78% do grupo A para 46% do grupo C em 3 anos. Os pacientes do grupo B apresentaram índice de recorrência de 56%. A recorrência do grupo A e D foram semelhantes: 78% e 74% respectivamente, ao final de 3 anos de seguimento. O risco total de recorrência caiu, à medida que o paciente mantinha-se sem crises. A recorrência foi de 44% para os pacientes que permaneceram 6 meses sem crises; de 32% para os pacientes que permaneceram 12 meses sem crises e de 17% para os pacientes que permaneceram sem crises por 18 meses. Na opinião dos autores, os 2 pontos susceptíveis de falhas nos estudos sobre recorrência da primeira crise são a seleção de pacientes e o período decorrido entre a crise e a entrada do paciente no estudo. Estes dois pontos foram superados no presente trabalho, já que se tratou de um estudo populacional e não de pacientes referidos a serviços especializados. O momento de entrada dos pacientes no estudo também mereceu cuidados especiais, visto que uma segunda crise pode ocorrer antes que o diagnóstico seja confirmado. Estes pacientes com crises recorrentes recentes (até 6 meses), não foram excluídos do estudo, como ocorre em muitos trabalhos sobre a recorrência da primeira crise (SAUNDERS e MARSHAL, 1975; CLELAND et al., 1981; HOPKINS et al., 1988). A recorrência da primeira crise nesta pesquisa (78%) foi mais alta que em estudos anteriores. Este fato se deve, provavelmente, na opinião dos autores, porque o estudo em questão superou os problemas de seleção de pacientes, que baixam artificialmente os índices de recorrência. O período de maior risco situou-se nos primeiros meses de seguimento nos 4 grupos. As crises parciais recorreram em 94% contra 72% das crises generalizadas ao fim de 3 anos de acompanhamento. Os pacientes entre 0 a 15 anos e acima de 60 anos recorreram em 83% dos casos contra 69% de recorrência dos pacientes entre 40

a 59 anos. Em relação à etiologia, observou-se que a recorrência foi menor no grupo com crises sintomáticas agudas (46% em 3 anos de seguimento). Os pacientes com crises criptogênicas apresentaram índices de recorrência de 81%, enquanto que os pacientes com crises sintomáticas remotas recorreram em 85%. Somente 15% dos pacientes foram tratados com drogas antiepiléticas. Porém, a recorrência destes pacientes tratados foi bem menor do que a dos pacientes não tratados: 38% aos 6 meses, 50% aos 12 meses e 57% aos 36 meses versus 64% aos 6 meses, 70% aos 12 meses e 81% aos 36 meses, respectivamente. Os autores admitem que estes resultados devam ser analisados com cautela, já que não se trata de um estudo randomizado, mas sugerem que o tratamento precoce pode não somente diminuir o risco de recorrência da primeira crise como também prevenir a evolução da epilepsia em direção a uma desordem crônica.

2.5 O PROGNÓSTICO DA PRIMEIRA CRISE NÃO PROVOCADA NA INFÂNCIA.

A pesquisa sobre a recorrência das crises epiléticas na infância adquiriu personalidade a partir da década de 70, quando BLOM et al. (1978, p.343) publicaram a incidência e a recorrência da primeira crise em crianças de até 16 anos de idade. Neste estudo foram incluídas todas as formas de crises, inclusive crises neonatais. Das 74 crianças com primeira crise afebril, 43 recorreram ao final de 3 anos (58%). A idade ao sofrer a primeira crise apresentou dois picos: o primeiro entre 1 a 2 anos e o segundo entre 10 a 11 anos. Das 74 crianças com crises afebris, 20 apresentaram crises generalizadas criptogênicas, com índice de recorrência de 50%; 11 apresentaram crises localizadas (exceto as rolândicas) com índice de recorrência de 90%; 12 apresentaram crises localizadas rolândicas, com recorrência de 90% e 3 apresentaram crises de ausência com 100% de recorrência. Quanto à etiologia, 35 crianças (43%) não apresentaram qualquer fator precipitante. Das 43

crianças com epilepsia, 35 (81%) apresentaram anormalidades epileptiformes no 1º EEG. Os autores concluíram que existem alguns subgrupos de crianças com maiores riscos de recorrência, quais sejam: crianças com complicações pré-natais, com mal formação do sistema nervoso central e retardo psicomotor, crianças com crises de ausência, com epilepsia rolândica e com crises parciais.

Em um estudo populacional realizado nos Estados Unidos, ELLENBERG et al. (1984, p.127) estudaram a relação entre a idade ao sofrer a primeira crise e o prognóstico a longo prazo em uma população infantil. Fizeram parte do estudo 2635 crianças, que sofreram pelo menos uma crise convulsiva entre o nascimento e a idade de 7 anos. Foram considerados pacientes sintomáticos aqueles que apresentaram crises na vigência de uma doença infecciosa aguda do sistema nervoso central, traumatismo crânio-encefálico grave com crise ocorrendo imediatamente após o trauma, encefalopatia tóxica e/ou distúrbios hidroelétrólíticos. Os pacientes que não se enquadraram neste grupo foram classificados como idiopáticos. O exame neurológico foi realizado antes da ocorrência das crises. Utilizou-se a escala de desenvolvimento de BAILEY no 8º mês de vida, a escala de BINET-STANFORD aos 4 anos e o WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) aos 7 anos de idade. De acordo com as escalas de desenvolvimento e o exame neurológico os pacientes foram classificados em normais, anormais e suspeitos de anormalidades neurológicas. Dos 2635 pacientes que apresentaram crises convulsivas, 246 apresentaram crises neonatais e 1972 sofreram crises com febre (tanto febris como crises com febre associadas a processos agudos do sistema nervoso central). As crises não febris ocorreram em 518 pacientes. A incidência de crises não febris foi muito alta no primeiro ano de vida e sofrem um declínio gradual posteriormente. Quase todas as crises febris ocorreram entre 6 meses a 4 anos de vida, com média aos 23 meses. As crises motoras menores (incluindo os espasmos) ocorreram mais cedo que as outras (60% até o 1º ano de vida). Cerca de 20% das crianças com

crises neonatais apresentaram outras crises não febris. Vinte e um por cento das crianças com crises febris e 40% das crianças com crises afebris foram consideradas anormais ou suspeitas do ponto de vista neurológico antes de apresentarem a primeira crise. Este grupo de crianças não apresentou crises mais precocemente do que o grupo de crianças normais. Não houve correlação entre a idade de início da primeira crise não febril e a evolução para um pior prognóstico, como epilepsia, déficit cognitivo ou paralisia cerebral. No entanto, estas 3 desordens (isoladamente ou em associação) foram mais freqüentes naquelas crianças que apresentaram exame neurológico anormal ou suspeito prévio à primeira crise (81% versus 65%). Outros autores (DIKMEN et al., 1975; CHEVRIE e AICARDI, 1978; O'LEARY et al., 1981; SOFIJANOV, 1982) defendem a idéia que crianças com crises de início mais precoce apresentam um pior prognóstico em termos intelectuais e desenvolvem anormalidades neurológicas mais freqüentemente que as crianças com crises epiléticas de início mais tardio. No entanto, estes estudos geralmente foram realizados utilizando-se pacientes referidos a serviços especializados e, portanto, pacientes com maior chance de apresentarem crises de difícil controle. Ao contrário, crianças com número pequeno de crises são menos propensas a serem seguidas por centros médicos especializados. Ainda neste mesmo estudo prospectivo e populacional, o risco de recorrência de uma primeira crise não febril foi analisado (HIRTZ et al., 1984, p.637). Quinhentas e dezoito crianças apresentaram uma ou mais crises não febris de qualquer tipo entre 1 mês a 7 anos de idade. Das 518 crianças, 313 (61%) sofreram recorrência e foram consideradas epiléticas. As crianças com crises "motoras menores" (crises tônicas, hemitônicas, mioclônicas, espasmos infantis e crises acinéticas) e crianças com crises de ausência foram excluídas do estudo no momento em que se passou a analisar os fatores de previsão de recorrência. Das 435 crianças com crises motoras generalizadas, crises motoras focais e crises parciais

complexas, 55% sofreram pelo menos um episódio de recorrência até os 7 anos de vida. As crianças com crises parciais complexas (N=28) sofreram recorrência em 92,9% dos casos. As crises motoras focais (N=92) recorreram em 65% e as crises motoras generalizadas (N=315) recorreram em 48% dos casos. Estudando-se todos os tipos de crises, a idade ao sofrer a primeira crise não foi fator de previsão de recorrência, com exceção de crianças com crises motoras focais e menores de 2 anos, que recorreram mais do que crianças com as mesmas crises e maiores de 2 anos (87% versus 51%, $p < 0,05$). Os pacientes com crises sintomáticas apresentaram recorrência de 23%. A taxa de recorrência foi quase três vezes maior para indivíduos com crises idiopáticas (23% versus 69%, $p < 0,001$). Pacientes com crises febris prévias à crise não provocada recorreram em 65% dos casos, em contraste com as crianças sem história de crises febris, que recorreram em 52% dos casos. Pacientes com crises neonatais prévias à primeira crise não provocada apresentaram recorrência de 74% contra os pacientes sem história de crises neonatais que recorreram a 52% dos casos ($p < 0,05$). Crianças com exame neurológico anormal ou suspeito não apresentaram taxas de recorrência significativamente maiores que aquelas com exame neurológico normal (57% versus 49%). Pacientes com história familiar positiva de crises não febris apresentaram índices de recorrência de 62% versus 53% em pacientes com história familiar negativa (parentes de primeiro grau). Tanto o sexo como a raça não interferiram nos índices de recorrência. A recorrência da primeira crise não provocada ocorreu em 74% dos casos até os 6 meses, 87% até os 12 meses e 96% até 2 anos após a primeira crise. Cerca de 27% das crianças foram tratadas com drogas antiepilépticas após a primeira crise não provocada. Não houve diferenças entre as crianças tratadas e não tratadas em relação à recorrência. Os autores admitem que seja improvável que o tratamento tenha sido adequado na maioria dos casos. Portanto, a eficácia do tratamento

na prevenção de recorrência da primeira crise não provocada não pode ser aferida neste estudo.

CAMFIELD et al., no Canadá, estudaram retrospectivamente 168 crianças com o diagnóstico de primeira crise não provocada identificada através de um serviço de eletroencefalografia (1985, p.1657). Foram excluídas as crises de ausência, crises mioclônicas, crises sintomáticas agudas e crises neonatais. Das 168 crianças estudadas, 87 (51,8%) apresentaram uma segunda crise não provocada. A existência de crises febris prévias à primeira crise não aumentou o risco de recorrência. O exame neurológico anormal aumentou o risco de recorrência para 73% comparado a 47,1% de recorrência em crianças com exame neurológico normal ($p < 0.01$). Pacientes com crises parciais complexas (N=19) recorreram em 78,9% dos casos, pacientes com crises generalizadas tônico-clônicas (N=75) em 44%, pacientes com crises parciais seguidas de generalização secundária (N=55) em 50,9%; e pacientes com crises focais motoras (N=8) em 62,5% dos casos. O eletroencefalograma (EEG) normal foi seguido de recorrência em 37% dos casos, com anormalidades não epileptiformes em 45%, com ponta-onda atípica generalizada em 63,6% e com anormalidade epiléptica focal em 68% dos casos. Houve diferença significativa entre o primeiro e o último dos grupos ($p=0,01$). Recorreram após 2 meses de seguimento 56% do total de pacientes, até 6 meses 70%; até 12 meses 77% e até 24 meses 90% dos pacientes. A medicação antiepiléptica foi utilizada em 115 pacientes, os quais apresentaram índices de recorrência de 54,8%, enquanto que os pacientes sem medicação (N=53) apresentaram índices de recorrência de 45,3% (diferença não significativa). O melhor prognóstico foi estimado para crianças com exame neurológico normal, eletroencefalograma não epileptiforme e crise generalizada tônico-clônica (taxa de recorrência estimada em 30%). As crianças com crises parciais complexas, atividade epileptiforme focal e exame neurológico anormal, apresentaram taxa de

recorrência estimada em 96%. CAMFIELD et al. (1989, p.851), em um trabalho randomizado, também estudaram o efeito da carbamazepina na prevenção da recorrência de primeira crise não provocada na infância. Foram randomizadas 31 crianças que deveriam utilizar carbamazepina ou não utilizar medicação antiepiléptica por um período de 1 ano ou até a ocorrência de uma segunda crise. Todos os pacientes apresentaram crises focais ou crises generalizadas tônico-clônicas. O período máximo entre a ocorrência da primeira crise e a entrada no estudo foi de 1 mês. A aderência foi analisada através de níveis plasmáticos das drogas e da história clínica dos pacientes. Dos 31 pacientes, 14 foram randomizados a utilizarem carbamazepina e 17 a não utilizarem medicação. Das 14 crianças que utilizaram carbamazepina, 2 apresentaram recorrência, enquanto que aquelas que não receberam medicação (N=17), 9 recorreram dentro de 1 ano de seguimento. Uma das 2 crianças que recorreram tomando carbamazepina, suspendeu a medicação por 5 dias antes da recorrência, porém manteve-se no grupo de pacientes tratados. Dos pacientes randomizados a tomarem carbamazepina, 2 apresentaram sonolência e suspenderam a medicação, outras 2 crianças desenvolveram exantema após 3 semanas de uso e também foram orientadas a suspenderem a medicação. Somente 6 dos 14 pacientes randomizados a utilizarem a carbamazepina terminaram o estudo tomando a medicação sem efeitos colaterais significativos e sem recorrência. Em contraste, somente 7 de 17 pacientes randomizados a não utilizarem medicação não apresentaram recorrência. Este estudo sugere que a carbamazepina reduz o risco de recorrência após a primeira crise não provocada. Estudos anteriores, não controlados, sugerem o contrário, ou seja, que o uso de drogas antiepilépticas não altera o risco de recorrência após a primeira crise não provocada (HAUSER et al., 1982, HIRTZ et al., 1984; CAMFIELD et al., 1985). O índice de recorrência deste estudo prospectivo tende a confirmar que a taxa de recorrência geral de crises não provocadas na

população pediátrica situa-se em torno de 50% (HAUSER et al., 1982; CAMFIELD et al., 1985).

SHINNAR et al. (1990, p.1076) estudaram prospectivamente 283 crianças com o diagnóstico de primeira crise não provocada e residentes nos Estados Unidos. A idade variou de 1 mês a 19 anos. Os pacientes foram identificados nos serviços de emergência, imediatamente após a primeira crise. A maioria dos pacientes não foi tratada com drogas antiepilépticas. Foram excluídos os pacientes com crises de ausência, crises mioclônicas, crises de espasmos infantis e crises provocadas. As crises foram classificadas em idiopáticas e sintomáticas remotas, de acordo com HAUSER e KURLAND (1975, p.1). O eletroencefalograma (EEG) foi obtido em 94% dos pacientes. O período médio de seguimento foi de 30 meses. Dos 283 pacientes, 63% foram seguidos por mais de 2 anos e 101 (36%) sofreram recorrência ao final do estudo. A estimativa de recorrência geral (KAPLAN-MEIER) foi de 18% aos 6 meses, 26% aos 12 meses, 36% aos 24 meses, 40% aos 36 meses e 42% aos 48 meses de seguimento. O risco de recorrência foi maior nos primeiros meses de acompanhamento: 51% recorreram até 6 meses após a primeira crise. Os fatores significativos para a recorrência foram a etiologia, o EEG e o tipo de crise (parcial versus generalizada). A história prévia de convulsão febril, de paresia de Todd e a história familiar de crises (em parentes de primeiro grau), associada à EEG anormal foram marginalmente associados a um aumento de recorrência. No grupo de pacientes idiopáticos, o EEG foi o fator mais importante para a recorrência. A história familiar positiva também foi importante, porém somente associada ao EEG anormal. As crises parciais foram consideradas um fator de risco significativo na análise univariável, mas não na análise multivariável. No grupo sintomático remoto, tanto a história prévia de convulsão febril como as crises parciais foram associadas a um aumento do risco de recorrência. A idade ao sofrer a primeira crise, a duração da crise (estado de mal epilético), o

número de crises em 24 horas após o primeiro episódio e o não tratamento com drogas antiepilépticas não foram fatores que aumentaram o risco de recorrência. Em um estudo com as mesmas definições, porém utilizando-se de uma abordagem retrospectiva (HAUSER e KURLAND, 1975, p.1), o índice de recorrência foi maior (48% aos 3 anos de seguimento). A abordagem retrospectiva facilita a inclusão de pacientes cuja crise inicial, ou seja, a crise que leva ao diagnóstico, não seja realmente a primeira crise e pode ainda não identificar pacientes que tenham sofrido apenas uma crise de curta duração. Neste trabalho os dois grandes fatores de risco associados a uma maior recorrência foram a etiologia (idiopática x sintomática remota) e o eletroencefalograma. Utilizando-se destas duas variáveis, pode-se identificar um grande grupo de pacientes com baixos índices de recorrência (crises idiopáticas e com EEG normal) e identificar-se pequenos grupos com índice de recorrência maior (crises idiopáticas com o EEG anormal, pacientes com crises sintomáticas remotas e história prévia de crises febris e pacientes com crises sintomáticas remotas associadas a crises parciais). Cerca de 84% das crianças não receberam medicação antiepiléptica e não notou-se diferenças entre os pacientes tratados e os não tratados com relação à recorrência.

Segundo SHINNAR e BALLAMBAN-GIL (1991, p.29), ao iniciar o tratamento com drogas antiepilépticas, o médico deve contrabalançar os possíveis efeitos colaterais destas drogas com a possibilidade de ocorrência de novas crises epiléticas. O autor apresenta uma revisão dos estudos sobre a recorrência da primeira crise. O risco de recorrência da primeira crise na infância tem variado de 27 a 61% (BLOM et al., 1978; HAUSER et al., 1982; HIRTZ et al., 1984; CAMFIELD et al., 1985; ANNEGERS et al., 1986; SHINNAR et al., 1990). Estudos que utilizaram crianças imediatamente após sofrerem a primeira crise e excluíram cuidadosamente todos os pacientes com crises prévias encontraram índices de recorrência da ordem de 27 a 40% (HAUSER et

al., 1982; SHINNAR et al., 1990). Trabalhos cujos pacientes foram recrutados mais tardiamente, de forma retrospectiva ou através de serviços de eletroencefalografia apresentaram índices de recorrência que variaram de 48 a 52% (CAMFIELD et al., 1985; ANNEGERS et al., 1986). Finalmente, estudos que incluíram crianças que já haviam apresentado crises anteriores à crise inicial reportam os mais altos índices de recorrência: de 61 a 62% (BLOM et al., 1978; HIRTZ et al., 1984;). Todos os estudos confirmam que o risco de recorrência é maior nas crianças com crises sintomáticas remotas do que nas crianças com crises idiopáticas (BLOM et al., 1978; HAUSER et al., 1982; HIRTZ et al., 1984; CAMFIELD et al., 1985; ANNEGERS et al., 1986; SHINNAR et al., 1990;). A maioria dos trabalhos realizados com crianças demonstraram que o eletroencefalograma anormal é um importante fator de risco para o aumento da recorrência. Alguns estudos indicam que as crises parciais apresentam maior risco de recorrência que as crises generalizadas (BLOM et al., 1978; HIRTZ et al., 1984; MATTSON et al., 1985). No entanto, as crises parciais são mais freqüentes nas crianças que possuem eletroencefalograma e exame neurológico anormais. Ainda não está claro se as crises parciais (excetuando-se outros fatores) aumentam o risco de recorrência da primeira crise na infância. A duração das crises não interfere no risco de recorrência (HAUSER et al., 1982; SHINNAR et al., 1990). A maioria dos estudos indica que a idade ao sofrer a primeira crise também não interfere no risco de recorrência (HAUSER et al., 1982; CAMFIELD et al., 1985; ANNEGERS et al., 1986; SHINNAR et al., 1990). A única exceção é o estudo de HIRTZ et al. (1984, p.637) que encontrou um maior risco de recorrência em crianças menores de 2 anos de idade. Com relação à história familiar de crises epiléticas, os dados atuais não sugerem que os riscos sejam maiores naqueles pacientes com história familiar positiva (HIRTZ et al., 1984; CAMFIELD et al., 1985; SHINNAR et al., 1990). A maioria dos estudos tem sugerido que o tratamento com drogas antiepiléticas não

interfere no risco de recorrência da 1ª crise (HAUSER et al., 1982; HIRTZ et al., 1984; CAMFIELD et al., 1985; HAUSER, 1986; SHINNAR et al., 1990;). No entanto, tais estudos não foram randomizados e não obtiveram níveis séricos das drogas estudadas. Sabe-se que os antiepilépticos apresentam importantes efeitos colaterais, como reações tóxicas, dose dependente e reações idiossincrásicas conhecidas há tempo, como também alterações cognitivas e de comportamento detectadas mais recentemente. Como esses efeitos adversos podem ser discretos e incidiosos, freqüentemente passam despercebidos pelos pais, professores e médicos. A Academia Americana de Pediatria concluiu que os antiepilépticos podem apresentar efeitos adversos no comportamento e na capacidade cognitiva dos pacientes (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1985, p.647), a saber: o fenobarbital pode causar hiperatividade, letargia, desordens do sono, irritabilidade, depressão e parece ter um efeito negativo no coeficiente de inteligência; a fenitoína pode provocar fadiga, alterações emocionais, além de déficit de atenção e dificuldades visomotoras; a carbamazepina tem sido associada a desordens do sono, agitação, irritabilidade e labilidade emocional; o ácido valpróico está relacionado à sonolência, especialmente quando associado a barbitúricos. Embora o déficit cognitivo seja mais evidente em altas doses, os efeitos no comportamento e alterações cognitivas também ocorrem em doses terapêuticas e até mesmo em doses subterapêuticas. Por outro lado, não há evidências convincentes em relação ao fato de uma crise isolada causar danos cerebrais. O estado de mal epilético na criança está raramente associado a lesão cerebral atribuível ao "status" propriamente dito (DUNN, 1988; MAYTAL et al., 1989). As sequelas neurológicas ocorridas após estado de mal epilético são atribuídas, na realidade, aos fatores precipitantes como a meningite ou a anoxia cerebral.

Pelos motivos descritos, SHINNAR e BALLAMBAN-GIL são de opinião que mesmo as crianças com fatores de risco para recorrência não deveriam

receber rotineiramente drogas antiepilépticas após a primeira crise não provocada (1991, p.29).

Em um estudo de meta-análise de 16 trabalhos sobre a recorrência da primeira crise BERG e SHINNAR procuraram detectar as causas da grande variação de resultados obtidos nestes trabalhos (1991, p.965). Observou-se que 3 fatores metodológicos explicaram a variação de resultados:

- 1) Os critérios para a inclusão no estudo, isto é, pacientes recrutados no momento imediato após a primeira crise versus pacientes com crises prévias ao momento do recrutamento;
- 2) Trabalhos retrospectivos versus trabalhos prospectivos;
- 3) O período compreendido entre a primeira crise e o momento em que o risco foi estimado. A média de recorrência dos 16 trabalhos foi de 51%. O risco foi de 40% e 52% nos trabalhos prospectivos e retrospectivos, respectivamente, que utilizaram somente pacientes com primeira crise e de 67% nos trabalhos que utilizaram tanto pacientes com crises únicas, como crises repetidas. Quanto aos fatores prognósticos, a etiologia das crises e o eletroencefalograma foram os dois fatores mais importantes para a recorrência. As crises parciais foram associadas a um aumento do risco de recorrência, mas não de forma consistente.

2.6 NEUROCISTICERCOSE

A neurocisticercose é a infestação parasitária mais comum do sistema nervoso central no homem em muitos países em desenvolvimento. A elevada presença de teníase na população e as más condições de higiene e saneamento parecem ser fatores reconhecidamente relacionados com a elevada prevalência desta doença (CEPI, 1995). Na América Latina a neurocisticercose é referida desde o México até a Argentina e o Chile (VERONESI e FOCCACCIA, 1991). No

Brasil, os achados ainda são preliminares, porém sabe-se que a incidência é elevada nos estados da região Sul, Sudeste e Centro-Oeste (BACHESCHI, 1991, p.645). Em Uberaba (MG), GOBBI et al.. (1980, p.51) encontraram cisticercose em 2,4% de 2.306 necrópsias, sendo 66% na forma de neurocisticercose, 26,8% de localização cardíaca, 25% de localização muscular e 7,1% de localização cutânea. De acordo com a Organização Panamericana de Saúde - OPS - são considerados critérios para a caracterização de área hiperendêmica para Teníase/Cisticercose:

- 1) Alta prevalência de cisticercose suína. Índices maiores que 5% na área em estudo.
- 2) Prevalência de teníase na população maior que 1%.
- 3) Três casos confirmados de neurocisticercose humana nos últimos 5 anos.
- 4) Ocorrência de cisticercose humana em 0,1% da população.

Para a caracterização de área hiperendêmica deve-se obrigatoriamente atender ao critério 1 e pelo menos 1 dos três critérios restantes.

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba realizou pesquisa de neurocisticercose em centros tomográficos desta cidade entre 1992 a 1993. Em 1992, de 6.035 tomografias de crânio, 660 (9.94%) foram sugestivas de neurocisticercose. Em 1993, de 5.560 tomografias de crânio, 492 (8.84%) também foram sugestivas.

Em 1988 foi realizado um estudo epidemiológico para neurocisticercose em duas pequenas comunidades rurais do Paraná: Tigre e Postinho, onde foram realizadas necrópsias de suínos, das quais 5 (12,8%) em Postinho e 10 (27,8%) em Tigre apresentaram cisticercose. Esses percentuais estão muito acima daqueles padronizados pela OPS para hiperendemicidade.

No Paraná, em 1993 foi implantada a Vigilância Epidemiológica de Cisticercose. Nesse período foram notificados 328 casos, investigados 193, sendo confirmados 102 casos da doença.

Em março de 1994 foi oficializada a obrigatoriedade da notificação da cisticercose no Paraná. Nesse ano foram notificados 374 casos, investigados 182 e confirmados 123 casos. No quadro a seguir observa-se a distribuição dos casos e coeficiente de incidência por faixa etária.

QUADRO 1: CASOS DE NEUROCISTICERCOSE E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA POR 100.000 HABITANTES POR FAIXA ETÁRIA, 1994 - PARANÁ.

Faixa etária	Nº casos	Coeficiente Incidência
< 1 ano	0	0
1 - 4 anos	2	0.23
5 - 9 anos	7	0.63
10 - 14 anos	4	0.37
15 - 19 anos	11	1.05
20 - 29 anos	22	1.58
30 - 39 anos	22	1.60
40 - 49 anos	22	3.06
> 50 anos	20	1.54
Ignorado	1	
TOTAL	123	1.24

FONTE: ISEP / CEPI / SMA.

A faixa etária com maior coeficiente de incidência foi a de 15 - 49 anos. Até os 14 anos o coeficiente de incidência foi bem mais baixo do que na população em geral, em concordância com a literatura mundial. (VERONESI e FOCCACCIA, 1991; BACHESCHI, 1991; JOSEPH et al., 1993).

Em 1985 SOTELO et al. (1985, p.442) propuseram uma classificação da neurocisticercose (NCC) em formas ativas e inativas. As formas ativas seriam decorrentes da aracnoidite, hidrocefalia secundária a inflamação das meningites, cistos parenquimatosos, infarto cerebral secundário à vasculite, efeito de massa, cistos intraventriculares e cistos na medula vertebral. As formas

inativas seriam representadas pelas calcificações parenquimatosas e pela hidrocefalia secundária à fibrose meníngea. Cerca de 50% dos pacientes apresentaram 2 ou mais formas de NCC descritas acima. A idade de aparecimento da doença variou de 5 a 26 anos de vida. Os sinais e sintomas clínicos em ordem de importância foram a epilepsia (52,4% dos casos), cefaléia (43,4%), papiledema (28,0%), vômitos (27,2%), sinais de liberação piramidal (21,5%), deterioração intelectual (18,8%) e marcha atáxica (10,0%). Outros sinais e sintomas foram raros. Metade dos pacientes apresentaram formas inativas da doença. O autor propõe que para esses pacientes o tratamento deverá ser orientado ao controle das sequelas provocadas pela doença, não havendo indicação de cisticidas ou esteróides.

A cisticercose tem sido diagnosticada com frequência crescente também nos Estados Unidos. MITCHELL e GRAWFORD (1988, p.76) estudaram 52 pacientes com cisticercose cerebral intraparenquimatosa com idades entre 21 meses e 20 anos. Lesões agudas com atividade inflamatória foram diagnosticadas em 42 pacientes (80,7%), coexistindo ou não com lesões crônicas calcificadas. Lesões únicas foram diagnosticadas em 39 pacientes (75%), enquanto que lesões múltiplas foram vistas em 13 pacientes. Lesões inativas calcificadas foram diagnosticadas em 10 pacientes. Dos 52 pacientes estudados, 51 apresentaram crises parciais ou parciais com generalização secundária. Nenhum paciente recebeu medicação cisticida. As lesões ativas evoluíram para o estado inativo em 2 a 9 meses de seguimento (ou desapareceram ou evoluíram para calcificações puntiformes). As crises epiléticas foram facilmente controladas com monoterapia. Os autores sugerem que a neurocisticercose intraparenquimatosa na infância é geralmente benigna e colocam em dúvida a necessidade de terapia com cisticidas. Neste trabalho a forma mais freqüente de neurocisticercose observada foi uma lesão única intraparenquimatosa com sinais inflamatórios. O diagnóstico se fez

principalmente através de tomografia de crânio e da suspeição clínica. Embora os achados tomográficos tenham sido variáveis, algumas anormalidades foram vistas com mais frequência como as lesões em anel com captação de contraste medindo cerca de 5 a 20 milímetros, localizadas sempre no córtex ou na junção do córtex com a substância branca. A evolução de lesões ativas para calcificações ocorreu em 45% dos casos. Para os autores, a rápida resolução das lesões é um sinal sugestivo de neurocisticercose. O diagnóstico diferencial inclui outras patologias granulomatosas como a tuberculose, a sarcoidose e tumores, principalmente os gliomas. Nenhuma dessas enfermidades apresentam resolução espontânea comumente observada na neurocisticercose. SOTELO et al. (1985, p.442) propuseram uma classificação de neurocisticercose em formas ativas e inativas e enfatizaram a importância desta distinção no que diz respeito ao tratamento. MITCHELL e GRAWFORD (1988, p.76) propõem uma terceira categoria, qual seja, uma lesão aguda representada por um parasita em degeneração com reação inflamatória. Na experiência de MITCHELL e GRAWFORD, cistos com processos inflamatórios sempre evoluem rapidamente desta fase aguda sintomática para uma fase inativa ou simplesmente desaparecem. SOTELO et al. não fizeram distinção entre um cisto intraparenquimatoso não inflamatório e um cisto com sinais inflamatórios e consideraram as duas situações doenças ativas. Porém esta distinção é essencial para se indicar cisticidas. Os pacientes com múltiplos cistos não inflamatórios intraparenquimatosos poderão se beneficiar do tratamento cisticida porque os cistos geralmente persistem e podem provocar sintomatologia. Em contraste, cistos já com processo inflamatório agudo geralmente envolvem de forma rápida, sendo a terapia antiparasitária desnecessária, já que o parasita encontra-se em degeneração. Concluiu-se que a maioria das crianças com neurocisticercose geralmente necessita somente de drogas antiepilépticas.

Em um recente artigo de revisão de neurocisticercose na infância JOSEPH et al. (1993, p.455) salientam que, na atualidade, a maioria dos autores utiliza a denominação de neurocisticercose “ativa” para descrever cistos viáveis. Cistos viáveis são aqueles que não captam contraste ou esta captação é mínima (não há processo inflamatório). Nestes casos, os parasitas estão íntegros e não evoluirão rapidamente para a forma inativa da doença. Todos os autores observaram que a NCC é rara em crianças abaixo de 5 anos (2 a 3% dos casos em grandes séries de literatura) e que o diagnóstico é altamente sugestivo se o paciente for proveniente de área endêmica e apresentar tomografia de crânio ou ressonância magnética com lesões císticas ou lesões que captam contraste. Com relação ao tratamento, deve-se levar em consideração o número de cistos presentes, se são viáveis ou não e se o paciente é sintomático ou não. Crianças com cistos íntegros (sem captação de contraste ou calcificações) se beneficiam com o tratamento específico, assim como crianças com meningite aguda ou com aumento de pressão intracraniana por neurocisticercose. A maioria das crianças com neurocisticercose apresenta, no entanto, cisto intraparenquimatoso único em degeneração ou lesão(ões) calcificada(s). Esses pacientes geralmente não necessitam medicação cisticida e deverão ser tratados apenas com drogas antiepilépticas.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo, não populacional e de pacientes, em sua maioria, provenientes da região metropolitana de Curitiba-PR e encaminhados ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. O período de recrutamento dos pacientes estendeu-se de 01 de maio de 1989 a 31 de dezembro de 1993.

Critérios para a inclusão no estudo:

- 1) Pacientes com história de crise epiléptica única ou crises recorrentes não provocadas com até 15 anos de idade.
- 2) Período máximo de 6 meses entre a(s) ocorrência(s) da(s) primeira(s) crise(s) e o início do seguimento ambulatorial.

Critérios para a exclusão do estudo:

- 1) Crises neonatais, ausências e crises mioclônicas.
- 2) Crises exclusivamente febris.
- 3) Eventos não epilépticos.
- 4) Período entre a ocorrência da primeira crise e o início do seguimento ambulatorial superior a 6 meses.
- 5) Pacientes com atraso moderado e grave do desenvolvimento psicomotor.
- 6) Pacientes com encefalopatia progressiva do sistema nervoso central.
- 7) Pacientes com encefalopatia não progressiva do sistema nervoso central (retardo mental e paralisia cerebral).
- 8) Crises epilépticas conseqüentes a alterações metabólicas e/ou tóxicas ou a outras agressões ao sistema nervoso central.

9) Pacientes cuja estrutura familiar e/ou social não permitiu o acesso facilitado ao serviço de saúde.

10) Pseudocrise

Iniciou-se o acompanhamento de 224 pacientes, sendo posteriormente excluídas 49 crianças (21,17%) por não preencherem os critérios para a inclusão no estudo. Dos pacientes que permaneceram em acompanhamento, 123 (70,28%) apresentaram crises iniciais únicas e 52 (29,72%) crises recorrentes)

3.1 ABORDAGEM DOS PACIENTES FOCADOS NO ESTUDO

Os pacientes foram inicialmente entrevistados por uma assistente social vinculada ao Ambulatório de Crises Recentes da disciplina de neuropediatria, para se proceder a um diagnóstico social da estrutura familiar. Em seguida, foram submetidos a uma primeira consulta médica realizada por residentes e mestrandos do Departamento de Pediatria, com supervisão de dois neuropediatras. A grande maioria dos pacientes foi atendida pelo menos uma vez pela autora. Após a consulta médica, todos os pacientes receberam um diagnóstico inicial elaborado pela equipe de médicos e assistentes sociais.

Os dados de interesse para o estudo foram coletados em ficha padrão (anexo 2). Os pacientes que preencheram todos os critérios para a entrada no estudo foram convidados a retornar ao ambulatório, em média de 4 em 4 meses nos primeiros 2 anos de seguimento e, após este período, de 6 em 6 meses.

Conduta frente ao paciente com primeira crise:

Normalmente a conduta adotada pelo Serviço frente a um paciente com uma primeira crise não provocada é de mantê-lo sem medicação antiepiléptica e proceda-se a solicitação dos exames de rotina (anexo 2). Quando, no entanto, o paciente apresentar uma crise com etiologia conhecida (sintomática remota) é iniciada a medicação antiepiléptica logo após a primeira crise. Pacientes com

uma primeira crise e que foram apresentados já utilizando antiepilépticos foram orientados a mantê-los por um período médio de 24 meses. Todos os pacientes que sofreram uma recorrência, definida como a existência de uma segunda crise não provocada, foram orientados a iniciarem medicação antiepiléptica, por um período médio de 24 meses, a contar da data da última crise. O paciente que apresentar mais de uma crise em um período de 24 horas será considerado como tendo sofrido uma única crise. Os efeitos adversos das drogas antiepiléticas foram diagnosticados através de exames complementares, da história clínica e da utilização de 2 questionários aplicados após o período mínimo de 6 meses de acompanhamento ambulatorial. O primeiro questionário (Análise do comportamento - Avaliação dos pais, Anexo 1) foi elaborado para ser respondido por um dos pais durante uma das consultas de retorno. O segundo questionário (Análise do comportamento - Avaliação da escola, Anexo 1) é uma adaptação do teste de CONNORS (1967, p.884) e foi enviado às escolas para ser respondido pelo professor e/ou supervisor escolar. Estes dois questionários foram também aplicados em crianças sem crises epiléticas com semelhantes condições sócio-econômicas (geralmente parentes próximos dos pacientes estudados), para a obtenção de um grupo controle. O grupo controle referente à avaliação dos pais apresentou homogeneidade em relação ao grupo de pacientes detectada através das variáveis PARENTESCO, ESCOLARIDADE E RELAÇÃO IDADE/ESCOLARIDADE (Anexo 1, Capítulo 10). O grupo controle referente à avaliação da escola apresentou homogeneidade em relação ao grupo de pacientes detectada por meio das variáveis ANO ESCOLAR e OPÇÕES DE AJUDA (Anexo 1, Capítulo 11). Em comum, os dois questionários apresentam 10 questões sobre o comportamento da criança, cujas respostas dos pais e dos professores serão comparadas.

3.2 VARIÁVEIS ESTUDADAS:

- 1) Condições sócio-econômicas:
 - Escolaridade materna.
 - Renda familiar per cápita.
 - Religião
- 2) Características gerais:
 - Sexo.
 - Idade de início das crises epilépticas.
 - Cor
- 3) Antecedentes gineco-obstétricos e neonatais:
 - Pré-natais.
 - Perinatais.
 - Neonatais.
- 4) História familiar de crises epilépticas:
 - Epilepsia.
 - Crise epiléptica única.
- 5) História mórbida progressiva:
 - Crises febris prévias às crises não provocadas.
- 6) Exame neurológico:
 - Exame neurológico inicial.
- 7) Exames complementares:
 - Hemograma.
 - Função hepática.
 - Exame parasitológico de fezes.
 - Sorologia para cisticercose no soro (Prova de Fixação de Complemento).
 - RX de crânio.
 - Tomografia axial computadorizada de crânio (TAC).
 - Eletroencefalograma.

A tomografia foi realizada e interpretada por médicos radiologistas do Serviço de Radiologia do Hospital de Clínicas, informados previamente da história clínica do paciente.

Os eletroencefalogramas foram interpretados por dois eletroencefalografistas pertencentes ao Serviço de Eletroencefalografia do Hospital de Clínicas, informados previamente da história clínica do paciente. Para a realização dos eletroencefalogramas utilizou-se equipamentos BERGER com 8 e 16 canais e o sistema internacional 10:20 (JASPER PENFIELD). Os eletroencefalogramas foram realizados em sono e vigília sempre que possível e utilizou-se a fotoestimulação intermitente e a hiperventilação pulmonar (pacientes cooperantes), na dependência da indicação clínica.

Para se estudar o valor dos achados do eletroencefalograma na recorrência da primeira crise, os exames foram agrupados em 4 subgrupos:

- a) Eletroencefalogramas de resultados normais e/ou com o diagnóstico de "irregular, sem anormalidades específicas".
- b) Eletroencefalogramas demonstrativos de atividade lenta (focal ou generalizada).
- c) Eletroencefalogramas que evidenciam atividade epileptiforme generalizada.
- d) Eletroencefalogramas que apresentam atividade epileptiforme focal e/ou focal com generalização secundária.

8) Classificação de crises epiléticas.

A classificação de crises foi realizada de acordo com a Classificação Internacional de Crises Epiléticas (COMMISSION, 1981, p.489), com algumas adaptações que se fizeram necessárias. À semelhança de outros trabalhos (SENANAYAKE, 1993, p. 812), em alguns casos de crises parciais com generalização secundária não foi possível o diagnóstico preciso do início da

crise (se parcial simples ou complexa) e optou-se por classificar estas crises simplesmente como "crises parciais seguidas de generalização secundária". As crises generalizadas tônicas, tônico-clônicas ou clônicas associadas a eletroencefalogramas e tomografias normais foram classificadas como crises generalizadas. A hemiconvulsão (crise com perda de consciência seguida de movimentos tônico-clônicos em um dos hemisférios) foi considerada crise generalizada, embora alguns autores classifiquem as manifestações exclusivamente hemisensoriais ou hemiclônicas como de origem sensório-motora central, com uma forte correlação com as regiões pré e pós-rolândicas (MANFORD et al., 1992, p.801).

Quando um paciente tiver sofrido mais de uma forma de crise e todas as crises tiverem sido do tipo parcial ou todas tiverem sido do tipo generalizada, a forma mais freqüente observada durante todo o período de seguimento foi tomada em consideração para análises posteriores. Se, porém, um paciente tiver apresentado crises parciais e crises generalizadas, levou-se em consideração o eletroencefalograma e a tomografia de crânio. Caso tenha-se detectado qualquer sinal de localização, a crise foi classificada como parcial com generalização secundária.

Foram ainda estudados: o número de crises em 24 horas após o primeiro episódio, a duração da(s) crise(s), salvos, ciclo vigília - sono, tipo de informação, e fatores precipitantes.

9) Etiologia das crises epiléticas (vide definições na pág. 45).

- Idiopáticas.
- Criptogênicas.
- Sintomáticas remotas.

3.3 CLASSIFICAÇÃO DAS EPILEPSIAS

As epilepsias foram classificadas de acordo com a Classificação Internacional de Epilepsia e Síndromes epilépticas revisada e publicada em 1989 pela Liga Internacional Contra Epilepsia (ILAE). A classificação foi baseada na História Clínica, eletroencefalograma e tomografia de crânio. Foram necessárias algumas simplificações, a saber:

- a) As epilepsias localizadas sintomáticas não foram subdivididas como a Classificação Internacional recomenda. Ao invés disso, receberam um diagnóstico genérico de “epilepsias localizadas sintomáticas”, porque houve impossibilidade da utilização de métodos especiais de investigação (videotelemetria).
- b) Os pacientes com crises epilépticas generalizadas tônicas, clônicas ou tônico-clônicas e com eletroencefalograma, tomografia, desenvolvimento psicomotor e exame neurológico normais foram classificados como “outras epilepsias idiopáticas generalizadas não definidas acima” (código 29, anexo 1, p.130).

Receberam o diagnóstico de epilepsias indeterminadas os pacientes com crises de difícil caracterização clínica se parcial ou generalizada e sem sinais de localização detectados pelo exame neurológico e exames complementares. O exemplo mais freqüente foram as crises ocorridas no sono.

3.4 ESTUDO DOS FATORES DE RISCO POSSIVELMENTE ASSOCIADOS A UMA MAIOR RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE:

Os pacientes com uma primeira crise foram inicialmente agrupados em pacientes sintomáticos remotos e pacientes criptogênicos. Os pacientes com crises idiopáticas foram agrupados com os criptogênicos, em concordância com outros trabalhos (SANDERS et al., 1990, p.1267). Estes dois subgrupos

novamente foram divididos em pacientes que sofreram recorrência e pacientes que não sofreram recorrência.

O risco de recorrência foi inicialmente estudado separadamente nestes 4 subgrupos em relação aos seguintes itens:

- Renda familiar per cápita.
- Escolaridade da mãe.
- Idade ao sofrer a primeira crise.
- História familiar de crises únicas e/ou epilepsia.
- Crise convulsiva febril anterior à primeira crise afebril.
- Exame neurológico.
- Tipo de crises.
- Episódio inicial caracterizado pela ocorrência de mais de uma crise epiléptica em 24 horas.
- Duração da crise (estado de mal epiléptico).
- Período decorrido entre a primeira crise e o início do acompanhamento ambulatorial.
- Etiologia.
- Tratamento.
- Eletroencefalograma.

3.5 ABORDAGEM ESTATÍSTICA:

Em função da influência do tempo de seguimento na probabilidade de observar uma recorrência, foi levado em conta a variável tempo de seguimento de cada criança, nas análises adotadas. Desta forma, em análises de variáveis dicotômicas foi usado o método de KAPLAN-MEIER, sendo investigadas as diferenças entre as curvas, através do método de MANTEL-HAENSZEL. Os resultados são mostrados através de curvas de sobrevivência de KAPLAN-MEIER, desenhando-se a probabilidade de não-recorrência como sendo função do

tempo desde a primeira crise. Sempre que possível foram estabelecidos intervalos de 95% de confiança para as estimativas de probabilidade de recorrência, nos tempo de 6, 12, 24 e 36 meses após a primeira crise. Para a investigação concomitante da influência de vários fatores de risco na recorrência, foi usada a Regressão Logística. Nos testes de hipóteses de igualdade de proporções foi usado o Teste Exato de Fisher nos casos em que alguma frequência esperada era menor que 5. Nos outros casos foi usado o Teste de Qui-Quadrado. Para testes de independência em tabelas 2 x k ($k > 2$) foi adotado o teste de Qui-Quadrado. Variáveis contínuas foram examinadas usando-se o teste "t de Student". Em todas as situações o nível de significância adotado foi de 5%.

3.6 DEFINIÇÕES:

- 1) Crise epiléptica única:
Crise única durante todo o período de observação.
- 2) Epilepsia:
Uma condição de pelo menos 2 crises epilépticas não febris, não provocadas e separadas pelo período mínimo de 24 horas.
- 3) Exame neurológico anormal:
Caso houver qualquer sinal de anormalidade do exame neurológico.
- 4) Crises epilépticas parciais, generalizadas e não classificadas:
Definidas de acordo com a classificação internacional de crises epilépticas. (COMMISSION, 1981, p.489).
- 5) Estado de mal epiléptico:
Crises epilépticas com duração igual ou superior a 30 minutos e/ou crises subentrantes, sem que ocorra a recuperação da consciência

entre os episódios (COMMISSION, 1981, p.489; DREIFUSS, 1990, p.77).

6) Aura:

Parte da crise que ocorre antes que a consciência seja perdida e, portanto, quando o paciente ainda se encontrar consciente. Nas crises parciais simples, a aura pode representar toda a crise. (COMMISSION, 1981, p.489).

7) Crises epilépticas idiopáticas:

Não há causa conhecida, exceto uma possível predisposição genética. São síndromes relacionadas a idades específicas. (COMMISSION, 1989, p.389).

8) Crises epilépticas criptogênicas:

Crises não classificadas como idiopáticas e que não apresentam uma etiologia definida. São presumivelmente sintomáticas. (COMMISSION, 1989, p.389).

9) Crises sintomáticas agudas:

Crises que ocorreram em vigência ou até 3 meses após um insulto agudo ao sistema nervoso central (trauma, infecção ou acidentes vasculares) ou em vigência de distúrbios metabólicos e/ou tóxicos. (HAUSER et al., 1982, p.26; SANDERS et al., 1990, p.1267).

10) Crises epilépticas sintomáticas remotas:

Crises em pacientes com insulto prévio ao sistema nervoso central, que reconhecidamente aumentam o risco de epilepsia como traumatismo crânio-encefálico grave, insulto cérebro-vascular e infecção do sistema nervoso central (ANNEGERS et al., 1980; HAUSER et al., 1982).

11) Neurocisticercose:

O diagnóstico de neurocisticercose realizou-se de forma parcial, já que o exame do líquido cérebro-raquidiano, o teste de ELISA e a imunofluorescência indireta não foram usados de rotina. Da mesma forma que outros estudos (MITCHELL e GRAWFORD, 1988, p.76), o diagnóstico foi sugerido naqueles pacientes provenientes de área endêmica e com achados neurorradiológicos sugestivos da doença.

12) Aderência ao tratamento:

A aderência ao tratamento foi avaliada através da história clínica. Níveis séricos das drogas antiepiléticas não foram realizados.

4 RESULTADOS

4.1 RESULTADOS GERAIS

Na tabela 1 estão relacionados os diagnósticos iniciais dos 224 pacientes candidatos ao estudo:

TABELA 1: DIAGNÓSTICO INICIAL DOS 224 PACIENTES QUE INICIARAM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE CRISES EPILÉPTICAS RECENTES

DIAGNÓSTICO	NÚMERO DE PACIENTES	%
Crises epilépticas que preencheram os critérios do estudo	175	78,12
Crises epilépticas com história superior a 6 meses	12	4,35
Crises neonatais	4	1,78
Ausência Típica	7	3,12
Epilepsia mioclônica	2	0,89
Convulsão febril	6	2,67
Perda de fôlego	6	2,67
Pseudocrise	12	5,35
TOTAL	224	100,00

A tabela 2 indica o tempo de seguimento dos pacientes com crises recentes:

TABELA 2: TEMPO DE SEGUIMENTO AMBULATORIAL DOS 175 PACIENTES COM CRISES EPILÉPTICAS RECENTES

TEMPO DE SEGUIMENTO	NÚMERO	%
0 - 6 meses	34	19,43
7 - 12 meses	13	7,43
13 - 24 meses	29	16,44
25 - 36 meses	33	18,86
37 - 48 meses	43	24,57
> 48 meses	23	13,14
TOTAL	175	100,00

O tempo médio de seguimento foi de 27,79 meses (variando de 1 a 70 meses). De 175 pacientes, 141 (80,57%) foram seguidos por mais de 6 meses, 128 (73,14%) por mais de 1 ano, 99 (56,57%) por mais de 2 anos, 66 (37,71%) por mais de 3 anos e 23 (13,14%) por mais de 4 anos.

Entre os pacientes que recorreram, o tempo médio de seguimento foi de 33,58 meses, e entre aqueles que não sofreram recorrência o tempo médio de seguimento foi de 23,23 meses.

A Tabela 3 indica o período de tempo decorrido entre a primeira crise e o início do acompanhamento ambulatorial.

TABELA 3: TEMPO DECORRIDO ENTRE A PRIMEIRA CRISE E O INÍCIO DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

MESES	NÚMERO	%
até 30 dias	77	44
31 - 60 dias	37	21,14
61 - 120 dias	38	21,71
121 - 120 dias	23	13,15
TOTAL	175	100,00

Cerca de 65% dos pacientes entraram no estudo com até 2 meses de história de crises epilépticas.

4.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS 175 PACIENTES.

4.2.1 Sexo

Dos 175 pacientes 100 (57,14%) pertenciam ao sexo masculino e 75 (42,85%) ao sexo feminino.

4.2.2 Idade

Idade ao sofrer a primeira crise epiléptica:

TABELA 4: IDADE AO SOFRER A PRIMEIRA CRISE NÃO PROVOCADA

IDADE (MESES)	NÚMERO	%
1 - 12 meses	9	5,45
13 - 24 meses	15	9,09
25 - 60 meses	26	15,75
61 - 120 meses	57	34,55
> 120 meses	58	35,15
Sem dados	10	-
TOTAL	175	100,00

A idade média foi de 92,20 meses, sendo a idade mínima de 3 e a idade máxima de 180 meses.

4.3 CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS

4.3.1 Procedência

Cerca de 93.46% dos pacientes foram provenientes da zona urbana e 6,54% da zona rural.

4.3.2 Religião

Aproximadamente 83,65% dos pacientes pertenciam a famílias católicas, 15,38% a famílias evangélicas e 1% a outras religiões.

4.3.3 Cor

Dos pacientes estudados 74,53% eram brancos, 6,60% pardos e 18,87% negros.

4.3.4 Domicílio

Dos pacientes focados, 78,10% possuíam casa própria e 21,90% residiam em imóveis alugados ou cedidos.

4.3.5 Renda Familiar

A tabela 5 demonstra a renda familiar per cápita de 103 pacientes.

TABELA 5: RENDA FAMILIAR PER CÁPITA

RENDA FAMILIAR PER CÁPITA	NÚMERO	%
até ½ salário-mínimo	40	38,83
mais que ½ - até 1 salário-mínimo	31	30,10
mais que 1 - até 2 salários-mínimos	27	26,21
acima de 2 salários-mínimos	5	4,85
TOTAL	103	100,00

Observa-se que aproximadamente 70% da população apresentou renda familiar per cápita de até 1 salário-mínimo.

4.3.6 A tabela 6 apresenta os anos de estudo das mães de 97 pacientes.

TABELA 6: ANOS DE ESTUDO DA MÃE

ANOS DE ESTUDO DA MÃE	NÚMERO	%
analfabeta	8	8,25
1 a 3 anos	27	27,83
4 anos	17	17,53
5 a 7 anos	22	22,68
8 anos	13	13,40
acima de 8 anos	10	10,31
TOTAL	97	100,00

4.3.7 A tabela 7 demonstra a escolaridade das mães de 99 pacientes.

TABELA 7: ESCOLARIDADE DA MÃE

ESCOLARIDADE DA MÃE	NÚMERO	%
analfabeta	8	8,08
1o grau incompleto	69	69,70
1o grau completo	19	19,19
2o grau incompleto	0	0
2o grau completo	0	0
3o grau incompleto	1	1,01
3o grau completo	2	2,02
TOTAL	99	100,00

4.4 ANAMNESE E EXAME FÍSICO

A anamnese foi dirigida à etiologia das crises epiléticas.

4.4.1. Peso de nascimento das crianças alvo desse estudo

O peso de nascimento foi superior a 4000g em 2 (1,13%) pacientes; entre 2500 a 4000 gramas em 150 (92,09%) e entre 1500 a 2499 gramas em 11 (6,78%) pacientes. Dos 175 pacientes 12 não informaram o peso de nascimento.

4.4.2 Idade gestacional

Cerca de 156 (95,12%) pacientes foram à termo (37 a 42 semanas de idade gestacional); 7 (4,26%) foram pré-termo (abaixo de 37 semanas) e 1 foi pós-termo (mais que 42 semanas de idade gestacional). Dos 175 pacientes, 11 não souberam informar a idade gestacional.

4.4.3 Antecedentes pessoais

A tabela 8 indica os antecedentes perinatais e neonatais.

TABELA 8: ANTECEDENTES PESSOAIS

ANTECEDENTES PESSOAIS	NÚMERO	%
pré-natais	10	5,71
perinatais	8	4,57
neonatais	5	2,85
dados não obtidos	13	7,42
normais	139	79,42
TOTAL	175	100,00

Dos pacientes com antecedentes pré-natais (N=10), 4 apresentaram crescimento intra-uterino retardado e 6 gestantes apresentaram doença hipertensiva específica da gravidez.

Dos pacientes com antecedentes perinatais (N=8) 7 pacientes foram pré-termo, 1 apresentou sofrimento fetal agudo e 2 pacientes foram pré-termo e também apresentaram sofrimento fetal agudo.

Dos pacientes com antecedentes neonatais (N=5), 3 sofreram sepsis neonatal e 2 apresentaram desconforto respiratório moderado a grave.

A tabela 9 indica os antecedentes mórbidos progressos (AMP) relacionados à epilepsia.

TABELA 9: ANTECEDENTES MÓRBIDOS PREGRESSOS RELACIONADOS À EPILEPSIA

AMP	NÚMERO	%
infecção do sistema nervoso central	5	2,85
mal formação do sistema nervoso central	1	0,57
crise febril	6	3,42
enxaqueca	7	4,00
hipotireoidismo congênito	1	0,57
negativos	155	88,57
TOTAL	175	100,00

4.4.4 Antecedentes familiares

Os antecedentes familiares de crises epilépticas únicas e/ou recorrentes foram pesquisados em pais e irmãos dos pacientes.

A tabela 10 refere-se aos dados obtidos.

TABELA 10: ANTECEDENTES FAMILIARES DE CRISES EPILÉPTICAS

ANTECEDENTES FAMILIARES	NÚMERO	%
negativos	121	69,38
positivos	27	15,42
sem dados	27	15,42
TOTAL	175	100,00

4.4.5 Exame neurológico

A tabela 11 demonstra os dados do exame neurológico realizado no início do acompanhamento ambulatorial.

TABELA 11: EXAME NEUROLÓGICO DOS 175 PACIENTES NO INÍCIO DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

EXAME NEUROLÓGICO	NÚMERO	%
normal	164	93,71
atraso leve na coordenação	3	1,71
atraso leve na linguagem	2	1,14
déficit cognitivo leve	3	1,71
leve atraso global do desenvolvimento	3	1,71
TOTAL	175	100,00

4.5 DESCRIÇÃO DAS CRISES EPILÉPTICAS.

A descrição das crises segue as normas descritas no capítulo 3 (Casuística e Métodos).

4.5.1 Crises associadas à febre.

Dos 175 pacientes, 2 apresentaram crises febris e afebris à época da entrada no estudo e 6 pacientes apresentaram história pregressa de crises febris.

4.5.2 Ciclo vigília - sono (CVS)

A tabela 12 avalia o ciclo vigília-sono das crises epilépticas.

TABELA 12: CICLO VIGÍLIA-SONO DAS CRISES DE 175 PACIENTES

CVS	NÚMERO	%
em vigília	79	45,14
relacionadas ao sono	48	27,42
sono e vigília	4	2,28
sem dados	44	25,14
TOTAL	175	100,00

4.5.3 Duração das crises

TABELA 13: DURAÇÃO DAS CRISES EPILÉPTICAS

DURAÇÃO EM MINUTOS	NÚMERO	%
até 5 minutos	31	17,71
6 a 15 minutos	75	42,85
16 a 30 minutos	36	20,57
estado de mal epiléptico	17	9,71
sem dados	16	9,14
TOTAL	175	100,00

4.5.4 Número de crises em 24 horas posteriores ao primeiro episódio.

TABELA 14: NÚMERO DE CRISES EM 24 HORAS POSTERIORES AO PRIMEIRO EPISÓDIO (NUM)

NUM	NÚMERO	%
1 crise	15	8,57
2 crises	3	1,71
> 2 crises	4	2,28
nenhuma crise	143	81,71
sem dados	10	5,71
TOTAL	175	100,00

4.5.5 Classificação das crises epilépticas

TABELA 15: TIPOS DE CRISES EPILÉPTICAS

TIPOS DE CRISES	NÚMERO	%
I Crises Parciais		
Com sinais motores. Sinais motores focais sem marcha	6	3,42
Crises sômato-sensitivas	2	1,14
Com sintomas autonômicos	1	0,57
Crises parciais complexas	9	5,14
Crises parciais com generalização secundária	44	25,14
Crises parciais simples com generalização secundária	41	23,42
Crises parciais complexas com general. secundária	5	2,85
Subtotal	108	61,71
II Crises generalizadas		
Crises tônico-clônicas	45	25,71
Crises atônicas	13	7,42
Hemiconvulsão	6	3,42
Subtotal	64	36,57
III Crises não classificadas		
	3	1,71
TOTAL	175	100,00

4.5.6 Classificação das epilepsias e síndromes epiléticas

TABELA 16: EPILEPSIAS E SÍNDROMES EPILÉPTICAS

EPILEPSIA	NÚMERO	%
Epilepsia benigna	6	2,45
Epilepsia localizada sintomática	17	23,94
Epilepsia localizada criptogênica	27	38,02
Outras epilepsias idiopáticas generalizadas	19	26,76
Epilepsia com crises não definidas se local. ou general.	2	2,81
TOTAL	71	100,00

4.6 EXAMES COMPLEMENTARES

4.6.1 O eletroencefalograma (EEG)

Dos 175 pacientes estudados, 171 foram submetidos a pelo menos 1 exame de eletroencefalograma. O número médio de exames realizados foi de 2,06 por paciente com desvio padrão de 1,1309, sendo o mínimo observado de 0 (zero) e o máximo de 4 exames por paciente. Os resultados a seguir referem-se ao primeiro exame realizado.

4.6.1.1 A tabela 17 demonstra o tempo decorrido entre a primeira crise e a realização do primeiro EEG.

TABELA 17: TEMPO DECORRIDO ENTRE A PRIMEIRA CRISE E A REALIZAÇÃO DO PRIMEIRO EEG

TEMPO	NÚMERO	%
até 3 dias	10	5,84
4 - 7 dias	24	14,03
8 - 30 dias	66	38,59
31 - 90 dias	53	30,99
91 - 1 ano	16	9,35
> 1 ano	2	1,16
TOTAL	171	100,00

Observa-se que aproximadamente 90% dos pacientes realizaram o primeiro eletroencefalograma até 3 meses após o primeiro episódio de crise epilética.

4.6.1.2 Métodos de ativação

TABELA 18: MÉTODOS DE ATIVAÇÃO DO ELETROENCEFALOGRAMA

MÉTODOS DE ATIVAÇÃO	NÚMERO	%
hiperpnéia	2	1,16
fotoestimulação intermitente	2	1,16
sono espontâneo e induzido	61	35,67
hiperpnéia e fotoestimulação	13	7,60
hiperpnéia, fotoestimulação e sono	72	42,10
hiperpnéia e sono	8	4,67
fotoestimulação e sono	6	3,50
não realizados	7	4,09
TOTAL	171	100,00

Verifica-se que 95,91% dos pacientes foram submetidos a pelo menos 1 método de ativação, 57,87% dos pacientes foram submetidos a 2 métodos e 42,10% foram submetidos a 3 métodos de ativação.

4.6.1.3 O sono

O sono espontâneo foi obtido em 49 pacientes (28,86%) e o sono induzido em 107 (62,57%). Em 15 pacientes (8,77%) não se obteve o sono.

4.6.1.4 O ritmo de base foi regular em 138 pacientes (80,70%), irregular em 28 pacientes (16,37%) e lento para a idade em 5 pacientes (2,92%).

4.6.1.5 Organização do traçado

O traçado foi organizado em 162 pacientes (94,73%), desorganizado em 6 (3,50%) e lento persistente em 3 pacientes (1,75%).

4.6.1.7 Diagnóstico dos eletroencefalogramas

A tabela 19 refere-se à conclusão do primeiro EEG.

TABELA 19: DIAGNÓSTICO DO 1º ELETROENCEFALOGRAMA

CONCLUSÃO	NÚMERO	%
Normal	114	66,66
Irregular, sem anormalidades definidas	17	9,94
Atividade epileptiforme	23	13,45
Atividade lenta	12	7,01
Atividade epileptiforme e atividade lenta	5	2,92
TOTAL	171	100,00

Dos 17 pacientes que apresentaram atividade lenta, 5 apresentaram atividade lenta generalizada; 7, localizada e 5 apresentaram atividade lenta generalizada com localização predominante.

Dos 28 pacientes com atividade epileptiforme, 9 (38,14%) apresentaram atividade epileptiforme generalizada, 12 (42,85%) atividade epileptiforme focal, 4 (14,28%) atividade epileptiforme localizada, 1 (3,57%) atividade epileptiforme lateralizada e 2 (7,14%) atividade epileptiforme localizada na linha média.

4.6.2 Tomografia de crânio (TAC)

Dos 175 pacientes, 132 (75,42%) realizaram pelo menos um exame de tomografia (120 pacientes foram submetidos a 1 exame, 11 a 2 exames e 1 paciente a mais que 2 exames). O contraste foi utilizado em 91,66% dos casos.

Na tabela 20 encontram-se os resultados da primeira TAC realizada.

TABELA 20: DIAGNÓSTICO DA PRIMEIRA TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

DIAGNÓSTICO	NÚMERO	%
Normal	99	73,88
Calcificação(s) *	30	22,38
Área hipodensa	3	2,23
Coleção subdural benigna	2	1,49
TOTAL	134	100,00

* Dos 30 pacientes com calcificação, 22 receberam o diagnóstico etiológico de neurocisticercose. Destes, 10 apresentaram 1 calcificação, 5 apresentaram 2 calcificações, 3 apresentaram 3 ou mais calcificações, 3 apresentaram uma calcificação associada a edema e 1 paciente apresentou vários cistos com captação de contraste e calcificações associadas.

4.6.3 RX de crânio

Dos 175 pacientes, 109 realizaram RX de crânio, sendo 105 exames normais e 4 anormais (calcificação). Desses últimos, o exame tomográfico confirmou calcificação em 2 pacientes.

4.6.4 Prova de fixação de complemento (reação de Weimberg)

A reação de Weimberg no soro foi realizada em 95 pacientes. O resultado foi negativo em 73, positivo até 1/80 em 17 e positivo com títulos superiores a 1/80 em 5 pacientes. O exame no líquido foi realizado em 4 pacientes, todos negativos.

4.6.5 Hemograma

A análise do primeiro hemograma em 97 pacientes revelou índices de normalidade em 57,56%, anemia hipocrômica em 15,55%, eosinofilia em 27,43% e anemia e eosinofilia em 6,21% dos pacientes.

4.6.6 Exame parasitológico de fezes

Este exame foi realizado em 134 pacientes. Obteve-se resultado negativo em 68 (50,74%) pacientes, positivo para *Taenia solium* em 1 paciente (0,74%), positivo para outros verminoses, sem incluir *T. solium*, em 47 (35,07%) e poliparasitose em 18 (13,43%) dos pacientes.

4.6.7 Outros exames realizados em pacientes sob tratamento antiepiléptico:

As bilirrubinas séricas foram realizadas em 33 pacientes, a amilase em 33, as transaminases oxalacética e pirúvica em 51, o fibrinogênio em 4, as imunoglobulinas séricas em 7 e a eletroforese de proteínas séricas em 5 pacientes. Todos os exames foram normais, exceto em 1 paciente que apresentou insuficiência hepática grave em vigência de politerapia.

4.7 ETIOLOGIA DAS CRISES EPILÉPTICAS

A etiologia das crises epilépticas foi estudada através da história clínica, eletroencefalograma e tomografia de crânio em 134 dos 175 pacientes que entraram no estudo.

A tabela 21 demonstra os resultados obtidos quanto à etiologia.

TABELA 21: ETIOLOGIA DAS CRISES EPILÉPTICAS

ETIOLOGIA	NÚMERO	%
Idiopática	6	3,42
Criptogênica	96	54,85
Sintomática remota	32	18,28
Casos indefinidos	41	23,42
TOTAL	175	100,00

Considerando somente os pacientes com diagnóstico definido (N=134), as crises sintomáticas remotas representaram 23,88% dos casos e as criptogênicas e idiopáticas 76,12% dos pacientes.

A tabela 22 evidencia a origem das crises epilépticas sintomáticas remotas.

TABELA 22: ORIGEM DAS CRISES EPILÉPTICAS SINTOMÁTICAS REMOTAS

ORIGEM	NÚMERO	%
Neurocisticercose	22	68,75
Atraso do desenvolvimento	1	3,12
Toxoplasmose congênita	2	6,25
Traumatismo crânio-encefálico	1	3,12
Infecção do sistema nervoso central	5	15,62
Mal formação do sistema nervoso central	1	3,12
TOTAL	32	100,00

4.8 ÍNDICE DE RECORRÊNCIA DAS CRISES EPILÉPTICAS

Das 175 crianças no estudo, 77 apresentaram recorrência (44%). A estimativa de recorrência geral de KAPLAN-MEIER foi de 39% até os 6 meses (I.C. de 95% (32%, 46%)), 43% até 12 meses (I.C. de 95% (35%, 50%)) e de 47% até 24 meses (I.C. de 95% (39%, 55%)).

Dentre as 77 recorrências, 42 (54,54%) ocorreram até o primeiro mês, 62 (81,67%) até o 6º mês e 69 (89,61%) até 1 ano após a primeira crise. Somente 4 pacientes recorreram entre 12 a 24 meses após a primeira crise e 4 pacientes sofreram recorrência após 24 meses da primeira crise epiléptica.

4.9 TRATAMENTO COM DROGAS ANTIEPILEPTICAS

Dos 175 pacientes, 109 (62,28%) receberam medicação antiepiléptica. Dos 123 pacientes com primeira crise, 38 (30,89%) foram tratados. Todos os pacientes que sofreram recorrência (N=71) foram tratados.

O tratamento foi constituído de monoterapia em 103 pacientes (94,49%) e de politerapia em 6 pacientes (5,50%).

Dos 103 pacientes tratados com monoterapia, 86 (83,78%) utilizaram apenas uma droga, 14 (13,59%) utilizaram 2 drogas e 3 pacientes necessitaram de 3 drogas antiepilépticas.

A tabela 23 indica a frequência das drogas utilizadas na forma de monoterapia no primeiro esquema terapêutico.

TABELA 23: DROGAS ANTIEPILEPTICAS UTILIZADAS NO PRIMEIRO ESQUEMA TERAPÊUTICO NA FORMA DE MONOTERAPIA

ANTICONVULSIVANTE	NÚMERO	%
Fenobarbital	61	70,93
Carbamazepina	19	22,09
Fenitoína	4	4,65
Ácido valpróico	2	2,32
TOTAL	86	100,00

O período médio de tratamento da primeira crise sem recorrência foi de 18 meses e meio, com desvio padrão de 13,2321, sendo o período mínimo de 1 e o máximo de 48 meses de tratamento.

O período médio de tratamento para crises recorrentes foi de 29,0 meses com desvio padrão de 12,2153, sendo o período mínimo de 2 e o máximo de 50 meses de tratamento.

Avaliou-se a eficácia do esquema terapêutico inicial no grupo de pacientes com crises recorrentes (N=57). Os pacientes sem aderência ou com aderência duvidosa (N=14) foram excluídos desse estudo. A tabela 24 ilustra a evolução das crises recorrentes em relação ao período inicial sem tratamento.

TABELA 24: EFICÁCIA DO PRIMEIRO ESQUEMA TERAPÊUTICO EM PACIENTES COM CRISES RECORRENTES

ÍNDICE DE CONTROLE DAS CRISES	NÚMERO	%
Controle de 100%	43	75,43
Controle entre 75 a 99%	13	22,80
Controle abaixo de 50%	1	1,77
TOTAL	57	100,00

4.10 EFEITOS COLATERAIS DAS DROGAS ANTIEPILÉPTICAS

Foram detectados pela anamnese os seguintes efeitos colaterais das drogas antiepilépticas:

a. Fenobarbital

A tabela 25 evidencia os efeitos colaterais de 75 pacientes que utilizaram fenobarbital na forma de monoterapia.

TABELA 25: EFEITOS COLATERAIS DO FENOBARBITAL UTILIZADO COMO MONOTERAPIA EM 75 PACIENTES

EFEITOS COLATERAIS	NÚMERO	%
Nenhum	55	73,33
Sonolência	7	9,33
Irritabilidade	6	8,00
Baixo rendimento escolar	6	8,00
Enurese	1	1,33
TOTAL	75	100,00

Observou-se que 26,33% dos pacientes que utilizaram o fenobarbital apresentaram efeitos adversos.

b. Fenitoína

De 8 pacientes que utilizaram a fenitoína na forma de monoterapia, 1 apresentou distúrbios de conduta e 1 apresentou hipertrofia de gengivas (25% dos pacientes apresentaram efeitos adversos).

c. Carbamazepina

De 21 pacientes que utilizaram a carbamazepina na forma de monoterapia, 3 (14,28%) apresentaram efeitos adversos: 2 pacientes queixaram-se de sonolência e 1 apresentou exantema.

d. Ácido valpróico

De 3 pacientes que utilizaram ácido valpróico na forma de monoterapia nenhum apresentou efeitos adversos detectados através da anamnese.

4.11 O PROGNÓSTICO DA PRIMEIRA CRISE RECENTE NA INFÂNCIA - ESTUDO DOS FATORES DE RISCO POSSIVELMENTE ASSOCIADOS A UM AUMENTO NO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA.

4.11.1 Sexo:

Dos 175 pacientes, 100 (57,14%) foram do sexo masculino e 75 (42,85%) do sexo feminino. A diferença na distribuição por sexo entre os grupos recorrente e o não recorrente foi não significativa.

4.11.2 Idade ao sofrer a primeira crise.

Investigou-se o fator "idade" em relação a um maior índice de recorrência da primeira crise. O resultado obtido (desconsiderando-se as observações perdidas de idade) é o apresentado na tabela abaixo.

TABELA 26: INFLUÊNCIA DO FATOR IDADE NA RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE

IDADE (MESES)	RECORRERAM		NÃO RECORRERAM		TOTAL
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	
1 - 12	6	66,67	3	33,33	9
13 - 24	6	40,00	9	60,00	15
25 - 60	9	37,50	15	62,50	24
61 - 120	20	40,00	30	60,00	50
mais de 120	28	50,00	28	50,00	56
TOTAL	69	44,81	85	55,19	154

Para analisar a influência da idade sobre a recorrência foi ajustado um modelo de regressão logística testando a hipótese dessa influência ser significativa. O resultado obtido não foi significativo ao nível de 5% ($p=0,38401$), indicando que a idade não influenciou significativamente na probabilidade de recorrência.

Para a investigação se a idade influencia a recorrência precoce (até 12 meses), foi ajustado um modelo de regressão logística aos dados da tabela abaixo, a qual é restrita apenas aos pacientes que tiveram recorrência.

TABELA 27: INFLUÊNCIA DA IDADE NA RECORRÊNCIA PRECOCE DA PRIMEIRA CRISE

IDADE(MESES)	RECORRERAM ATÉ 12 MESES		RECORRERAM APÓS 12 MESES	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
1 - 12	6	9,67	0	-
13 - 24	6	9,67	0	-
25 - 60	8	12,90	1	14,28
61 - 120	18	29,03	2	28,57
mais de 120	24	38,70	4	57,14
TOTAL	62	100,00	7	100,00

O resultado do teste indicou que a idade não influenciou a recorrência precoce ($p=0,2448$).

4.11.3 Análise da escolaridade materna quanto à recorrência da primeira crise.

Estudou-se a possibilidade de o fator "escolaridade materna" influenciar a recorrência da primeira crise. A escolaridade foi dividida em primeiro grau completo e primeiro grau incompleto. A tabela 28 ilustra os resultados obtidos:

TABELA 28: INFLUÊNCIA DO FATOR "ESCOLARIDADE MATERNA" NA RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE

RECORRÊNCIA	ESCOLARIDADE DA MÃE				TOTAL
	1º GRAU INCOMPLETO		1º GRAU COMPLETO		
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	
Recorreram	39	52,00	8	36,36	47
Não recorreram	36	48,00	14	63,63	59
TOTAL	75	100,00	22	100,00	97

As proporções estimadas para o primeiro grupo e para o segundo são respectivamente 0,52 e 0,36, não havendo diferenças estatísticas entre os grupos. Entre os pacientes que sofreram recorrência investigou-se a homogeneidade entre os grupos quanto à etiologia e o tipo de crise e concluiu-se pela existência da mesma ($p=0,1275$ e $p=0,4502$, respectivamente).

4.11.4 Análise da renda familiar per cápita quanto à recorrência da primeira crise

Avaliou-se a possibilidade de a renda familiar per cápita influenciar a recorrência da primeira crise na infância. A renda familiar per cápita foi dividida em até meio salário-mínimo e mais de meio-salário mínimo. A tabela 29 demonstra os resultados obtidos:

TABELA 29: INFLUÊNCIA DA RENDA FAMILIAR PER CÁPITA NA RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE

RECORRÊNCIA	ATÉ ½ S.M.		MAIS QUE ½ S.M.		TOTAL
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	
Recorreram	23	56,09	27	45,54	50
Não recorreram	18	43,90	35	56,45	53
TOTAL	41	100,00	62	100,00	103

As proporções estimadas para o primeiro e segundo grupos são respectivamente 0,56 e 0,43. O teste de diferença de proporções não apresentou significância, não se podendo concluir que o grupo de pacientes com renda familiar até ½ salário-mínimo recorreu mais do que o grupo de pacientes com renda familiar per cápita superior a ½ salário-mínimo.

Entre os pacientes que sofreram recorrência, investigou-se a homogeneidade quanto à etiologia, idade e tipo de crise, concluindo-se pela existência da mesma ($p=0,2940$, $0,4593$ e $0,0886$, respectivamente).

4.11.5 Estudo da etiologia em relação ao índice de recorrência da primeira crise

Os pacientes foram classificados de acordo com a etiologia em sintomáticos remotos e criptogênicos. Foram excluídos os pacientes com informação incompleta quanto à etiologia. A tabela 30 ilustra os resultados obtidos.

TABELA 30: INTERFERÊNCIA DA ETIOLOGIA NO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE EM 129 PACIENTES

RECORRÊNCIA	CRISES CRIPTOGÊNICAS		CRISES SINTOMÁTICAS REMOTAS	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Recorreu	44	45,36	20	62,50
Não recorreu	53	54,63	12	37,50
TOTAL	97	100,00	32	100,00

O índice de recorrência do grupo criptogênico foi de 45,36% e do grupo sintomático remoto de 62,50%. No uso do Teste de Qui-Quadrado não se encontrou diferenças significativas entre os dois grupos ($p=0,0927$). Entretanto, observou-se uma tendência à rejeição da hipótese nula (probabilidade igual de recorrência entre os pacientes criptogênicos e sintomáticos remotos). Não foi possível a obtenção do diagnóstico etiológico em 41 pacientes, os quais apresentaram índice de recorrência de 29,25% ($N=12$).

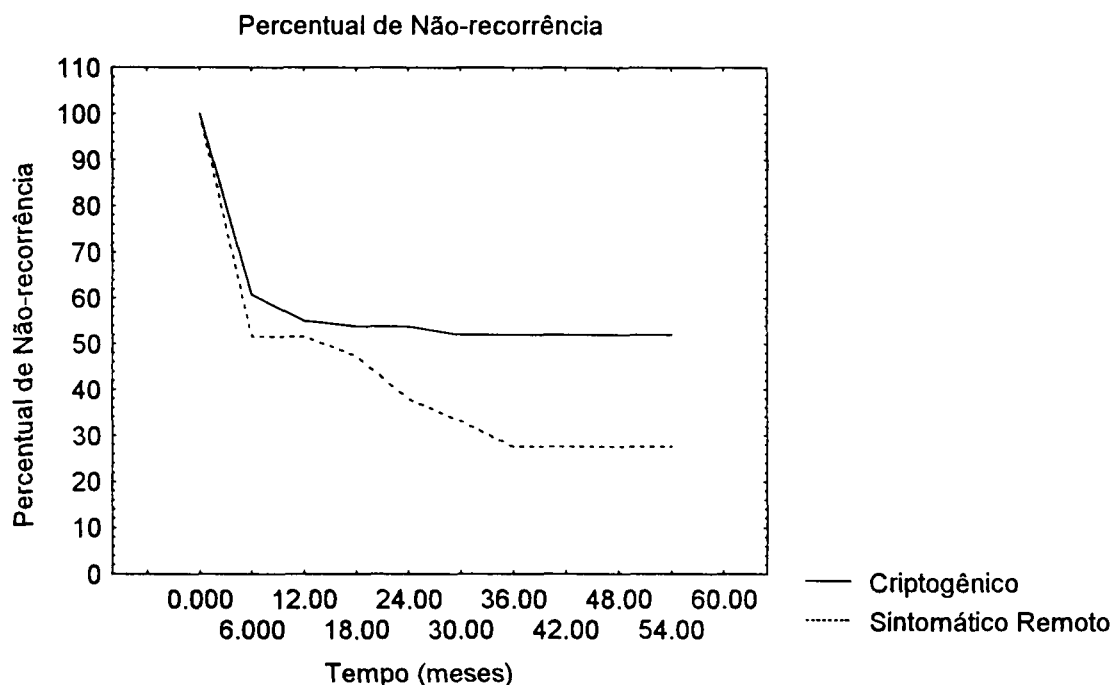
Devido à influência do tempo de seguimento na probabilidade de observar-se uma recorrência, levou-se em conta a variável “tempo de seguimento” de cada paciente nas análises efetuadas na seqüência.

Na comparação dos dois grupos realizou-se a análise de KAPLAN-MEIER, aplicando-se o teste estatístico de MANTEL-HAENSZEL, para verificar a existência de diferença significativa ou não entre os tempos de recorrência.

Conforme se observa na figura 1, crianças com crises sintomáticas remotas tiveram maior risco de recorrência do que as crianças com crises

criptogênicas. Esta diferença não se apresentou estatisticamente significativa no nível de 5% ($p=0,1002$), apesar de poder-se considerar como havendo uma tendência para a existência dessa diferença.

FIGURA 1: COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS SINTOMÁTICO REMOTO E CRIPTOGÊNICO QUANTO À RECORRÊNCIA DE CRISES RECENTES



Para o grupo com etiologia sintomática remota, o risco de recorrência de KAPLAN-MEIER foi de 47% (I.C. de 95% (30%, 65%)) até 6 e 12 meses e de 61% (I.C. de 95% (42%, 80%)) até 24 meses. Já no grupo criptogênico, o risco de recorrência de KAPLAN-MEIER foi de 40% (I.C. de 95% (30%, 50%)) até 6 meses, 45% (I.C. de 95% (35%, 55%)) até 12 meses e 46% (I.C. de 95% (36%, 56%)) até 24 meses.

Deve ser observado que no grupo de etiologia criptogênica, a partir de 40 meses teve-se menos de 10 pacientes sob acompanhamento, enquanto que no grupo sintomático remoto, a partir de 15 meses, teve-se menos de 10 pacientes sob acompanhamento.

4.11.6. Análise da história familiar de crises epilépticas (parentes de primeiro grau).

Estudando-se todos os pacientes com etiologia e história familiar conhecidas (N=134), obteve-se os seguintes resultados:

TABELA 31: ESTUDO DOS PACIENTES COM HISTÓRIA FAMILIAR DE CRISES EM RELAÇÃO À RECORRÊNCIA DA 1ª CRISE

RECORRÊNCIA	HISTÓRIA FAMILIAR POSITIVA		HISTÓRIA FAMILIAR NEGATIVA	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Recorreu	10	50,0	56	49,12
Não recorreu	10	50,0	58	50,87
TOTAL	20	100,00	114	100,00

Através da utilização do teste de Qui-Quadrado não se observou diferença significativa entre os pacientes com história familiar positiva e pacientes com história familiar negativa ($p=0,9423$) em relação ao índice de recorrência.

Restringindo-se o estudo aos pacientes com crises de etiologia sintomática remota (N=32) também não se observou diferenças significativas ($p=0,7966$), o mesmo ocorrendo com os pacientes com crises criptogênicas (N=102) quando se obteve valor de $p=0,8034$.

4.11.7 Estudo da interferência de crises febris na recorrência da primeira crise.

Analisando-se todos os pacientes com etiologia e história de crises febris conhecidas (N=134), obteve-se os seguintes resultados:

TABELA 32: DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM CRISES FEBRIS EM RELAÇÃO À RECORRÊNCIA

RECORRÊNCIA	COM CRISE FEBRIL		SEM CRISE FEBRIL	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Recorreu	4	66,66	64	50,00
Não recorreu	2	33,33	64	50,00
TOTAL	6	100,00	128	100,00

Por meio da utilização do Teste Exato de Fisher não se encontrou diferenças significativas entre os pacientes com história prévia de crise febril e sem história prévia de crise febril ($p=0,2540$).

Restringindo-se o estudo aos pacientes com crises sintomáticas remotas ($N=32$) e crises criptogênicas ($N=102$) também não se observou diferenças significativas no índice de recorrência ($p=0,5412$ e $p=0,7000$, respectivamente).

4.11.8 Estudo da ocorrência de mais de uma crise em 24 horas e o índice de recorrência da primeira crise.

Excluindo-se os pacientes dos quais existe uma informação incompleta sobre este ponto, obteve-se os seguintes resultados:

TABELA 33: INTERFERÊNCIA DE MAIS DE UMA CRISE EM 24 HORAS (PRIMEIRA CRISE) NO ÍNDICE RECORRÊNCIA EM 125 PACIENTES

RECORRÊNCIA	1 CRISE EM 24 HORAS		MAIS DE 1 CRISE EM 24 HORAS	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Recorreu	47	45,63	14	63,63
Não recorreu	56	54,36	8	36,36
TOTAL	103	100,00	22	100,00

Aplicando-se o Teste de Qui-Quadrado não se observou diferença significativa entre os pacientes com apenas 1 crise em 24 horas e aqueles com mais de 1 crise em 24 horas. ($p=0,1251$).

Restringindo este estudo aos pacientes criptogênicos ($N=15$) também não se observou diferença significativa ($p=0,7950$).

Restringindo-se este estudo aos pacientes com crises sintomáticas remotas ($N=7$) obteve-se os resultados da tabela abaixo:

TABELA 34: INTERFERÊNCIA DE MAIS DE 1 CRISE EM 24 HORAS NO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA EM 31 PACIENTES COM CRISE SINTOMÁTICA REMOTA.

RECORRÊNCIA	1 CRISE EM 24 HORAS		MAIS DE 1 CRISE EM 24 HORAS	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Recorreu	13	54,16	7	100,00
Não recorreu	11	45,83	0	-
TOTAL	24	100,00	7	100,00

Com o uso do Teste de Fisher observou-se um valor de $p=0,0295$. Isso indica que para os pacientes com etiologia sintomática remota, a probabilidade de recorrência foi maior nos pacientes com mais de uma crise em 24 horas em comparação aos pacientes com somente 1 crise.

Os pacientes com mais de 1 crise em 24 horas não apresentaram índices maiores de recorrência precoce (até 12 meses) do que aqueles com apenas 1 crise em 24 horas ($p=0,5113$).

4.11.9 Estudo da interferência do estado de mal epiléptico no índice de recorrência da primeira crise.

Excluindo-se os pacientes dos quais existe informação incompleta, obteve-se os seguintes resultados:

TABELA 35: INTERFERÊNCIA DO ESTADO DE MAL EPILÉPTICO NO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE

RECORRÊNCIA	PRESENÇA DE ESTADO DE MAL EPILÉPTICO		AUSÊNCIA DE ESTADO DE MAL EPILÉPTICO	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Recorreu	9	52,94	44	45,83
Não recorreu	8	47,05	52	54,16
TOTAL	17	100,00	96	100,00

Utilizando-se o Teste de Qui-Quadrado, não se observou diferença significativa entre os pacientes que apresentaram estado de mal epiléptico e aqueles que não apresentaram quanto ao índice de recorrência da primeira crise ($p=0,5883$).

Restringindo-se este estudo aos pacientes com crises criptogênicas e aos pacientes com crises sintomáticas remotas também não se observou interferência do estado de mal epiléptico no índice de recorrência da primeira crise ($p=0,7573$ e $P=0,6422$, respectivamente), correspondendo o primeiro valor de p a um teste de Qui-Quadrado e o segundo a um teste Exato de Fisher.

Utilizando-se o Teste Exato de Fisher pode-se perceber que os pacientes com estado de mal epiléptico não apresentaram índices maiores de recorrência precoce (até 12 meses) do que aqueles que não sofreram estado de mal epiléptico ($p=0,2486$).

4.11.10 Análise da interferência do tempo decorrido para a entrada do paciente no estudo em relação ao índice de recorrência da primeira crise.

Excluindo-se os pacientes dos quais existe uma informação incompleta, obteve-se os dados da tabela abaixo:

TABELA 36: ESTUDO DA INTERFERÊNCIA DO TEMPO DECORRIDO ENTRE A PRIMEIRA CRISE E A ENTRADA NO ESTUDO EM RELAÇÃO AO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA EM 112 PACIENTES

RECORRÊNCIA	PERÍODO ATÉ 30 DIAS		PERÍODO UPERIOR A 30 DIAS	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Recorreu	19	43,18	35	51,47
Não recorreu	29	56,81	33	48,52
TOTAL	44	100,00	68	100,00

Mediante o Teste de Qui-Quadrado não se encontrou diferença significativa entre os pacientes captados até 30 dias e aqueles captados após 30 dias em relação ao índice de recorrência da primeira crise ($p=0,2062$).

4.11.11 Estudo da interferência do tipo de crise no índice de recorrência da primeira crise.

As crises foram divididas em crises de início parcial e crises de início generalizado.

Excluindo-se os pacientes dos quais existe uma informação incompleta, obteve-se os seguintes resultados:

TABELA 37: ESTUDO DA INTERFERÊNCIA DO TIPO DE CRISE EM RELAÇÃO AO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE EM 129 PACIENTES

RECORRÊNCIA	CRISES PARCIAIS		CRISES GENERALIZADAS	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Recorreu	42	50,60	22	47,82
Não recorreu	41	49,39	24	52,17
TOTAL	83	100,00	46	100,00

Por meio do Teste de Qui-Quadrado não se encontrou diferença significativa entre os indivíduos com crises parciais e os indivíduos com crises generalizadas ($p=0,7626$).

Restringindo-se o estudo ao grupo de pacientes com crises criptogênicas (N=97) e crises sintomáticas remotas (N=32), obteve-se os valores de $p=0,8892$ (Teste de Qui-Quadrado) e $p=0,5727$ (Teste Exato de Fisher), respectivamente, não se evidenciando também nesses subgrupos interferência significativa do tipo de crise no índice de recorrência.

Através do Teste Exato de Fisher, percebeu-se que não houve diferenças significativas no índice de recorrência precoce (até 12 meses) entre os pacientes com crises parciais e generalizadas no grupo como um todo e nem nos subgrupos de pacientes criptogênicos e sintomáticos remotos ($p=0,5455$, $p=0,2960$ e $p=0,2066$, respectivamente).

4.11.12 Estudo da interferência do eletroencefalograma (EEG) no índice de recorrência da primeira crise.

Para o estudo da relação entre o EEG e o índice de recorrência da primeira crise agrupou-se os exames em 4 grupos:

- 1- normal ou irregular sem anormalidades definidas;
- 2- atividade lenta;
- 3- atividade epileptiforme generalizada;
- 4- atividade epileptiforme focal com ou sem generalização secundária.

Os resultados obtidos para cada grupo são apresentados na tabela abaixo:

TABELA 38: INFLUÊNCIA DO PRIMEIRO EEG NO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE

GRUPO	CRISES CRIPTOGÊNICAS			CRISES SINTOMÁTICAS REMOTAS		
	RECORRÊNCIA			RECORRÊNCIA		
	NÚMERO	%	TOTAL	NÚMERO	%	TOTAL
1	29	42,64	68	13	61,90	21
2	3	50,00	6	1	100,00	1
3	3	50,00	6	0	-	0
4	8	80,00	10	0	-	0
TOTAL	43	47,77	90	14	63,63	22

Para uma comparação dos grupos 2 a 2 foi aplicado o Teste Exato de Fisher, sendo os valores de p encontrados nas comparações demonstradas na tabela abaixo:

TABELA 39: COMPARAÇÃO DOS GRUPOS 2 A 2 (VALORES DE p) QUANTO AO DIAGNÓSTICO DO PRIMEIRO EEG

CRISES CRIPTOGÊNICAS	
COMBINAÇÕES DOS GRUPOS	VALOR DE p
1 x 2	0,5251
1 x 3	0,5251
1 x 4	0,0295
1 x (2, 3 e 4)	0,0867
2 x 3	0,7165
2 x 4	0,2418
3 x 4	0,2418
CRISES SINTOMÁTICAS REMOTAS	
1 x 2	0,6364

Obs.: Em todas as comparações o teste usado foi o Exato de Fisher, com exceção da comparação 1 x (2,3 e 4) onde foi usado o teste de Qui-Quadrado.

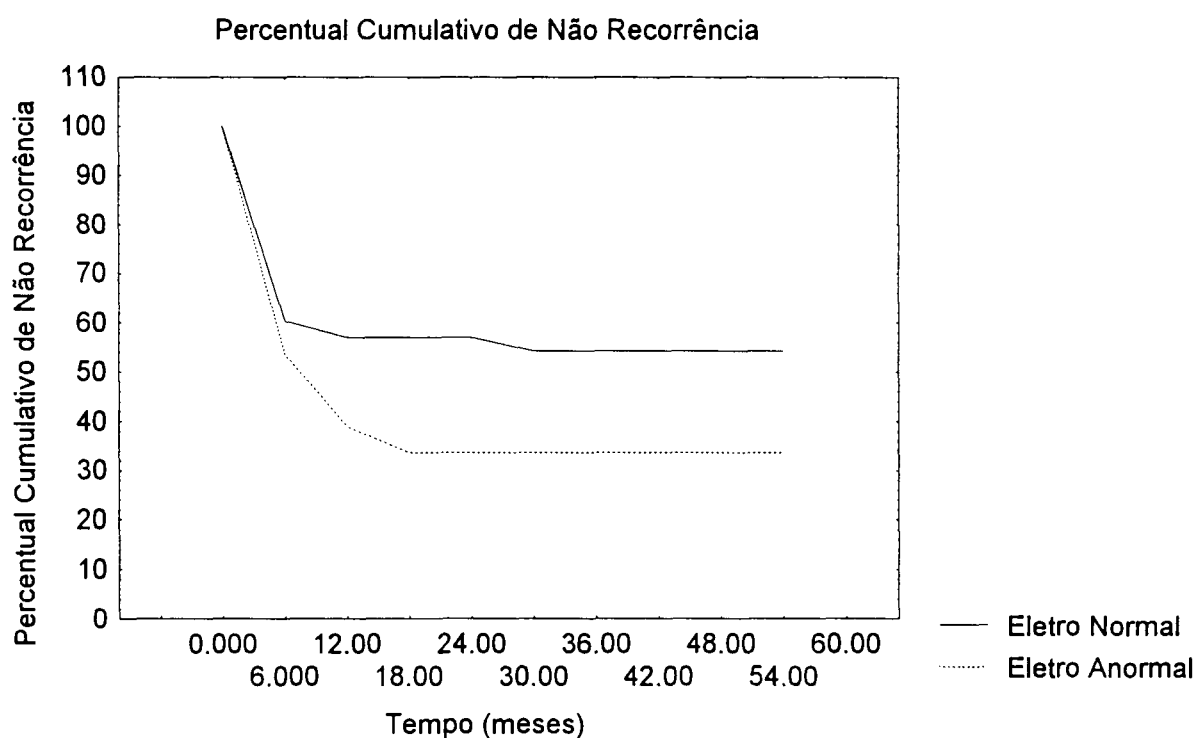
Observando-se a tabela 39 percebe-se a não rejeição da hipótese nula (probabilidade de recorrência ser igual para todos os grupos) ao nível de 5% de significância para todas as comparações, com exceção da comparação 1x4. Esta última comparação demonstrou que os pacientes com crises criptogênicas e com EEG com atividade epileptiforme focal recorreram mais que os pacientes com crises criptogênicas e com EEG normal ou irregular sem anormalidades específicas ($P=0,0295$). Observando-se o resultado do grupo 1 versus os grupos 2, 3 e 4 percebeu-se a existência de uma tendência à diferença significativa, ou seja, os pacientes com crises criptogênicas e com EEG normal ou irregular sem anormalidades definidas tenderam a recorrer menos do que aqueles pacientes com crises criptogênicas e com EEG com qualquer anormalidade ($p=0,0867$).

Devido à influência do tempo de seguimento na probabilidade de recorrência, levou-se em conta o tempo de seguimento de cada paciente nas análises efetuadas na seqüência.

Restringindo-se o estudo aos pacientes com crises criptogênicas, comparou-se o índice e o tempo de recorrência entre os pacientes com EEG normal e EEG anormal, utilizando-se a análise de KAPLAN-MEIER e o teste estatístico de MANTEL-HAENSZEL.

Conforme se observa na figura 2, crianças com EEG anormal tiveram uma tendência a ter maior risco de recorrência do que aquelas com EEG normal. Entretanto, essa diferença não se apresentou estatisticamente significativa ao nível de 5% ($p=0,1697$).

FIGURA 2: PERCENTUAL CUMULATIVO DE NÃO-RECORRÊNCIA EM 90 PACIENTES COM CRISES CRIPTOGÊNICAS E EEG NORMAL E ANORMAL



Dentre os 22 pacientes de EEG anormal, 14 (54,54%) sofreram recorrência, comparados a 29 (42,64%) de 68 pacientes que sofreram recorrência com EEG normal. Para o grupo de EEG anormal, o risco de recorrência de Kaplan-Meier foi de 60,84% (I.C. de 95% (39,95%, 81,73%) até 12 meses, e 66,43% (I.C. de 95% (45,85%, 87,02%) até 24 meses. Já no grupo com EEG normal, o risco de recorrência de KAPLAN-MEIER foi de 42,54% (I.C. de 95% (30,52%, 54,56%) até 12 meses e 45,56% (I.C. de 95% (32,80%, 58,33%) até 24 meses.

Deve ser observado que no grupo de pacientes com EEG normal, a partir de 38 meses teve-se menos de 10 pacientes sob acompanhamento, enquanto que no grupo de pacientes com EEG anormal, a partir de 8 meses, teve-se menos de 10 pacientes sob acompanhamento.

4.11.13 Estudo de interferência do tratamento com drogas antiepilépticas (DAE) no índice de recorrência da primeira crise.

Os índices de recorrência do grupo como um todo (N=123), excluindo-se os pacientes dos quais existem informações incompletas, são apresentados na tabela abaixo:

TABELA 40: INFLUÊNCIA DO TRATAMENTO COM DAE NO ÍNDICE DE RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE

RECORRÊNCIA	PACIENTES TRATADOS		PACIENTES NÃO TRATADOS	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Recorreu	2	5,26	56	65,88
Não recorreu	36	94,73	29	34,11
TOTAL	38	100,00	85	100,00

O Teste de Qui-Quadrado encontrou diferença significativa entre os pacientes tratados e não tratados com relação ao índice de recorrência ($p < 0,001$).

Analisando-se separadamente os pacientes com crises criptogênicas (N=95), também se verificou diferença significativa quanto à recorrência em pacientes tratados (N=27, recorreram 2) e pacientes não tratados (N=68, recorreram 39), sendo o valor de $p < 0,001$.

Na análise dos pacientes com crises sintomáticas remotas (N=28) também se detectou diferença significativa em pacientes tratados (N=11, nenhum recorreu) e pacientes não tratados (N=17, todos recorreram), sendo o valor de $p < 0,001$.

Estudou-se ainda o percentual de crises parciais versus crises generalizadas nos pacientes tratados e não tratados em relação à recorrência. Foram criados os seguintes subgrupos:

PACIENTES CRIPTOGÊNICOS (N=95)

tratados (N=27)

sofreram recorrência (N=2): Grupo 1

não sofreram recorrência (N=25): Grupo 2

não tratados (N=68)

sofreram recorrência (N=39): Grupo 3

não sofreram recorrência (N=29): Grupo 4

PACIENTES SINTOMÁTICOS (N=28)

tratados (N=11)

sofreram recorrência (N=0): Grupo 5

não sofreram recorrência (N=11): Grupo 6

não tratados (N=17)

sofreram recorrência (N=17): Grupo 7

não sofreram recorrência (N=0): Grupo 8

A tabela abaixo indica o número de pacientes com crises parciais e crises generalizadas em cada um dos 8 subgrupos:

TABELA 41: DISTRIBUIÇÃO DE CRISES PARCIAIS E GENERALIZADAS EM PACIENTES COM CRISES SINTOMÁTICAS REMOTAS E CRIPTOGÊNICAS TRATADOS E NÃO TRATADOS

	Gr 1	Gr2	Gr3	Gr4	Gr5	Gr6	Gr7	Gr8
Crise parcial	1	18	25	15	0	7	11	0
Crise General.	1	7	14	14	0	4	6	0
TOTAL	2	25	39	29	0	11	17	0

Não se observou diferenças significativas ao nível de 5% em nenhum dos subgrupos em relação à incidência de crises parciais versus crises generalizadas.

4.12 ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DOS PACIENTES COM CRISES EPILÉPTICAS - AVALIAÇÃO DOS PAIS

Dos 175 pacientes do estudo, a avaliação dos pais, resultante da aplicação de um questionário, foi obtida em 110 pacientes. A mãe os respondeu em 75,44% das vezes, o pai em 14,04% e outros parentes em 10,53% das vezes.

Na época da aplicação do questionário, 73 pacientes estavam sem medicação antiepiléptica há mais de 6 meses, 19 utilizavam fenobarbital, 13 carbamazepina, 4 fenitoína e 1 paciente fazia uso de ácido valpróico.

Com relação ao rendimento escolar, obteve-se os seguintes dados:

TABELA 42: RELAÇÃO IDADE/ESCOLARIDADE DE 84 PACIENTES COM CRISES EPILÉPTICAS ÚNICAS OU RECORRENTES

ESCOLARIDADE	NÚMERO	%
Adequada para a idade	43	51,19
Atraso de 1 ano	14	16,67
Atraso de 2 anos	14	16,67
Atraso superior a 2 anos	13	15,67
TOTAL	84	100,00

Observa-se que 48,81% dos pacientes apresentaram atraso na escolaridade. Cerca de 37,35% dos pacientes apresentaram repetência escolar antes do início das crises.

Em 51,42% dos casos houve história de dificuldade escolar em parentes de primeiro grau.

Com relação ao comportamento (análise global) dos pacientes, obteve-se os seguintes resultados:

TABELA 43: COMPORTAMENTO GLOBAL DOS PACIENTES COM CRISES EPILEPTICAS, SEGUNDO AVALIAÇÃO DOS PAIS

COMPORTAMENTO	NÚMERO	%
Normal	56	53,84
Irritabilidade	40	38,46
Agressividade	3	2,88
Lentidão	3	2,88
Falta de atenção	1	0,96
Hiperatividade	1	0,96
TOTAL	104	100,00

Observou-se que, segundo os pais, 46,16% das crianças com crises epiléticas apresentaram alterações no comportamento, do tipo listado na tabela.

4.12.1 Grupo controle:

Foram estudadas 53 crianças parentes próximas dos pacientes com condições semelhantes: sócio-econômicas, de escolaridade e sem história de crises epiléticas.

Para a verificação da homogeneidade entre os grupos (pacientes e controle) considerou-se as variáveis PARENTESCO, ESCOLARIDADE e RELAÇÃO IDADE / ESCOLARIDADE. Aplicou-se o teste Qui-Quadrado e concluiu-se pela existência de homogeneidade entre os grupos, através da observação dos valores de p de 0,6655, 0,1101 e 0,9112 respectivamente.

Observou-se que no grupo controle a adequação da idade com o ano escolar foi semelhante ao grupo de pacientes epiléticos, a saber:

TABELA 44: RELAÇÃO IDADE/ESCOLARIDADE DE 53 PACIENTES DO GRUPO CONTROLE

ESCOLARIDADE	NÚMERO	%
Adequada para a idade	23	48,94
Atraso de 1 ano	10	21,28
Atraso de 2 anos	8	17,02
Atraso superior a 2 anos	6	12,77
TOTAL	53	100,00

Com relação ao comportamento do grupo controle (análise global), obteve-se os seguintes resultados:

TABELA 45: COMPORTAMENTO GLOBAL DO GRUPO CONTROLE, SEGUNDO AVALIAÇÃO DOS PAIS

COMPORTAMENTO	NÚMERO	%
Normal	33	73,33
Irritabilidade	11	24,44
Lentidão	1	2,22
TOTAL	45	100,00

Classificando-se o comportamento em normal e anormal observou-se diferença significativa ($p=0,0260$) entre o comportamento dos pacientes com crises epiléticas e o grupo controle, segundo a avaliação dos pais. A proporção de casos com comportamento normal no grupo controle é de 0,7333 e no grupo de pacientes é de 0,5384.

A análise do comportamento foi novamente estudada através de 10 questões cujas respostas poderiam ser NUNCA ou ÀS VEZES, FREQUENTEMENTE ou SEMPRE (Anexo 1, p. 138). Em todas as situações onde as frequências esperadas eram menores do que 5, o teste aplicado foi o Teste Exato de Fisher. Nos outros casos foi aplicado o Teste de Qui-Quadrado.

Não se observou diferenças estatísticas entre os pacientes em uso de carbamazepina (N=13), fenitoína (N=4) e ácido valpróico (N=1) em relação ao grupo controle.

Quanto aos pacientes em uso de fenobarbital (N=19) observou-se diferenças estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em relação ao grupo controle (N=53) em 6 questões:

- inquieto / hiperativo
- impulsivo
- irritado
- se distrai facilmente
- se frustra facilmente
- temperamento explosivo e comportamento imprevisível.

Para a comparação de pacientes sem medicação (N=73) com o grupo controle (N=53) adotou-se o teste Qui-Quadrado. Nesta comparação observou-se que a frequência de reações dependeu do grupo a que pertenceu o paciente ($p < 0,05$) em 3 questões:

- inquieto / hiperativo
- impulsivo
- irritado

4.13 ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DOS PACIENTES COM CRISES EPILEPTICAS - AVALIAÇÃO DA ESCOLA.

Dos 175 pacientes do estudo, a avaliação da escola foi obtida em 74 pacientes. O grupo controle foi constituído de 89 crianças, parentes próximos dos pacientes focados.

À época do estudo, 49 pacientes estavam sem medicação, 11 recebiam fenobarbital, 11 carbamazepina, 2 fenitoína e 1 ácido valpróico.

A tabela 46 ilustra a distribuição por ano escolar dos pacientes:

TABELA 46: DISTRIBUIÇÃO DE 74 PACIENTES COM RELAÇÃO AO ANO ESCOLAR

ANO	NÚMERO	%
Pré-primário	9	12,16
1º grau	63	85,13
2º grau	2	2,70
TOTAL	74	100,00

Com relação a opções de ajuda observou-se que 61,84% das escolas não ofereciam nenhum tipo de ajuda a alunos com dificuldades escolares, 15,79% possuíam classe especial e 22,37% possuíam professores de reforço (auxiliares).

Para a verificação da homogeneidade entre os grupos controle e de pacientes considerou-se as variáveis ANO ESCOLAR e OPÇÕES de ajuda. Utilizou-se o teste Qui-Quadrado, concluindo-se pela existência da mesma através da observação dos valores de p de 0,3060 e 0,6625 respectivamente.

Por meio de uma pergunta inespecífica ("O aluno apresenta problemas escolares?") sobre a existência de problemas escolares no grupo controle e nos pacientes, obteve-se os seguintes resultados:

TABELA 47: PROBLEMAS ESCOLARES DE 74 PACIENTES SEGUNDO A ESCOLA

PROBLEMAS ESCOLARES	NÚMERO	%
Sem problemas	53	71,62
Baixo rendimento escolar	14	18,91
Hiperatividade	3	4,05
Falta de atenção	4	5,40
TOTAL	74	100,00

TABELA 48: PROBLEMAS ESCOLARES DO GRUPO CONTROLE SEGUNDO A ESCOLA

PROBLEMAS ESCOLARES	NÚMERO	%
Sem problemas	55	61,79
Baixo rendimento escolar	19	21,34
Hiperatividade	1	1,12
Falta de atenção	9	10,11
Irritabilidade	1	1,12
Sem dados	4	-
TOTAL	89	100,00

Observou-se que não houve diferenças estatísticas entre os pacientes com crises epiléticas e o grupo controle quanto à existência de problemas escolares ($p=0,3514$), neste ponto do estudo.

A análise do comportamento, segundo a escola, foi ainda investigada utilizando-se 40 questões cujas respostas poderiam ser NUNCA ou ÀS VEZES e FREQUENTEMENTE ou SEMPRE (Anexo 1, p. 140 e 141).

As reações manifestas pelas crianças com história de crises epiléticas foram comparadas às do grupo controle através do Teste Exato de Fisher ou do Teste de Qui-Quadrado, dependendo das frequências esperadas.

Não se observou diferenças estatísticas entre os pacientes em uso de carbamazepina (N=11), fenitoína (N=2), ácido valpróico (N=1) e pacientes sem medicação (N=49) em relação ao grupo controle. Pacientes que utilizaram fenobarbital (N=11) apresentaram diferenças significativas em relação ao grupo controle em 3 das 40 questões, a saber:

- inquieto, hiperativo
- impulsivo
- respeito ao sentimento alheio

A comparação das respostas dos pais com as respostas dos professores evidenciou uma maior sensibilidade por parte dos pais em detectar alterações comportamentais em comparação aos professores. Das 10 questões

em comum aplicadas aos pais e aos professores observou-se diferenças ao nível de 5% entre as respostas de 6 questões ao estudar-se pacientes com crises epilépticas sem medicação (impulsivo, irritado, se frustra facilmente, chora facilmente, muda de humor facilmente e temperamento explosivo) sendo a resposta dos pais FREQUENTEMENTE/SEMPRE e a dos professores NUNCA/ÀS VEZES. Em relação aos pacientes em uso de fenobarbital, observou-se diferenças ($p < 0,05$) em 4 de 10 questões (irritado, se frustra facilmente, chora facilmente e muda de humor facilmente), sendo a resposta dos pais FREQUENTEMENTE/SEMPRE e a dos professores NUNCA/ÀS VEZES.

5 DISCUSSÃO

5.1 ASPECTOS GERAIS

Seguiu-se prospectivamente 175 pacientes pediátricos com crises recentes não provocadas. O tempo médio de seguimento foi de 27,79 meses. Dos 175 pacientes, 141 (80,57%) foram acompanhados por 6 meses, 128 (73,14%) por mais de 1 ano, 99 (56,57%) por mais de 2 anos e 66 (37,71%) por mais de 3 anos. Aproximadamente 65% dos pacientes iniciaram o estudo com até 2 meses decorridos após a primeira crise. Observou-se que o tempo médio de seguimento deste trabalho foi semelhante a outros estudos: SHINNAR et al. seguiram pacientes com crises recentes por 2,7 anos (1990, p.1076), ELWES et al. analisaram retrospectivamente pacientes adultos por 15 meses (1985, p. 752), HAUSER et al. estudaram prospectivamente pacientes de todas as idades por 4 anos (1990, p.1163) e CAMFIELD et al. estudaram prospectivamente pacientes pediátricos por 12 meses (1989, p.851). O índice de pacientes acompanhados com o passar dos meses foi semelhante aos índices de SHINNAR et al. (1990, p.1076).

Vários trabalhos excluíram pacientes com crises recorrentes na avaliação do prognóstico de crises recentes (PEARCE e MAKINTOSH, 1979; HOPKINS et al., 1988; CAMFIELD et al., 1989; HAUSER et al., 1990; SHINNAR et al., 1990). Este ponto é particularmente importante, desde que uma segunda crise pode ocorrer antes que o paciente seja referido a um serviço médico. HOPKINS et al. (1988, p.721) recrutaram somente pacientes que não sofreram recorrência até o momento da primeira consulta médica. Os pacientes submetidos a primeira consulta após 2 meses da primeira crise apresentaram risco menor de recorrência em comparação aos pacientes vistos antes de 2

meses. Idealmente, deve-se recrutar pacientes no momento que sofrerem a primeira crise, como fizeram HAUSER et al. (1990, p.1163) e SHINNAR et al.(1990, p.1076). De importância real, no entanto, não é o tempo que se leva para que o paciente inicie o seguimento, mas sim, que o paciente seja encaminhado ao serviço por causa e no momento de sua primeira crise. Sob essas circunstâncias, BERG e SHINNAR (1991, p.965) propõem que pacientes que tenham sofrido recorrência não sejam excluídos do estudo de recorrência de primeira crise. Outros pesquisadores (SANDERS et al., 1990, p. 1267) e a autora dividem a mesma opinião.

5.2 CLASSIFICAÇÃO DAS CRISES EPILÉPTICAS

Utilizando-se a Classificação Internacional de Crises (COMMISSION, 1981, p.489), 98,28% dos 175 pacientes puderam ter suas crises classificadas. Houve necessidade de simplificar-se a Classificação Internacional ao se criar o subitem “crises parciais com generalização secundária”, sem especificar se o início da crise foi parcial simples ou parcial complexa. A Classificação Internacional de Crises tem sido amplamente utilizada em todo o mundo. Alguns autores a consideram inadequada na atualidade (MANFORD et al., 1992, p. 801). No entanto, estudos realizados em países em desenvolvimento obtiveram índices bastante altos de classificação de crises (SENANAYAKE, 1993, p.812), sendo necessário, porém, a deleção de algumas subcategorias e a inclusão do subitem “crises parciais de início indeterminado com generalização secundária”. SAKAMOTO (1985) ao estudar crises epiléticas de início na infância conseguiu classificar ceca de 90% dos pacientes; SHINNAR et al. (1990, p.1076) conseguiram classificar todos os pacientes de um estudo de crises recentes. As características do estudo em questão (abordagem prospectiva e crises de início recente) possibilitaram a classificação de 98,28% das crises.

5.3 ÍNDICE DE RECORRÊNCIA DA PRIMEIRA CRISE.

Neste estudo de crianças com crises de início recente e referidas a um centro especializado de saúde, o índice de recorrência foi de 44%. Das 175 crianças seguidas, 77 sofreram recorrência.

Estudos sobre a recorrência da primeira crise realizados desde 1981 vêm demonstrando índices que variam de 31 a 71%. As estimativas de recorrência variam de acordo com as metodologias utilizadas. HAUSER et al. estudaram prospectivamente 208 pacientes de todas as idades e encontraram um índice de recorrência de 30,7% (1990, p.1163). O risco de recorrência geral (adultos e crianças) calculado por BERG et al. (1991, p.965) ao analisar 16 trabalhos sobre o assunto foi de 51%. Na infância especificadamente, os índices variam de 36% (SHINNAR et al., 1990, p.1076) a 61% (HIRTZ et al., 1984, p.637). Segundo MITCHELL, aproximadamente 50% das crianças com uma primeira crise não sofrerão recorrência (1995, p.113). HIRTZ et al. estudaram prospectivamente pacientes pediátricos com todos os tipos de crises (exceto as crises febris) e encontraram índices de recorrência de 61% (1984, p.637). Em um estudo prospectivo e limitado a crianças e adolescentes, SHINNAR et al. (1990, p.1076) encontraram índice de recorrência de 36%. Foram excluídos pacientes com crises mioclônicas, ausências e crises de espasmo infantil. O índice de recorrência apontado neste trabalho foi ligeiramente maior do que o encontrado por SHINNAR et al. (44% versus 36%). Ambos os trabalhos foram prospectivos, analisaram pacientes referidos a centros especializados e utilizaram critérios semelhantes de inclusão e exclusão de pacientes. No entanto, neste trabalho obteve-se índices maiores de crises sintomáticas remotas do que no estudo de SHINNAR et al. (23,8% versus 16%), o que pode explicar os índices superiores de recorrência, visto que as crises sintomáticas remotas ocorrem mais frequentemente que as crises criptogênicas. Estudos retrospectivos encontraram índices maiores de recorrência: CAMFIELD et al. (1985,

p.1657) detectaram índice de recorrência de 51,8% e HAUSER e KURLAND, de 48% (1975, p.1). A abordagem retrospectiva tende a oferecer índices maiores de recorrência porque dificulta a obtenção da história clínica de crises únicas e de crises de curta duração.

Dos 77 pacientes que recorreram nesse estudo, 42 (54,54%) o fizeram no primeiro mês, 62 (80,51%) até o 6^o mês e 69 (89,61%) até o 12^o mês da primeira crise. A maioria dos trabalhos sobre crises recentes detectaram que a recorrência ocorre principalmente no primeiro ano de seguimento após a primeira crise (HIRTZ et al., 1984; CAMFIELD et al., 1985; SHINNAR et al., 1990), sendo os dados deste estudo condizentes com os da literatura.

5.4 SEXO E IDADE.

Não se observou diferenças significativas em relação ao sexo entre os pacientes que recorreram e os que não recorreram, em concordância com a grande maioria dos trabalhos publicados. Não se observou tampouco influência da idade sobre o aumento do índice de recorrência ($p = 0,38401$). ELLENBERG et al.(1984, p.127) também não evidenciaram correlação entre a idade de início da primeira crise não febril e a evolução para epilepsia. Esses mesmos autores, entretanto, ao estudarem pacientes com crises motoras focais, observaram um maior índice de recorrência nos pacientes menores que 2 anos em comparação aos pacientes com mais de 2 anos (87% versus 51%, $p < 0,005$). Outros autores consideram que o início precoce das crises levam a um pior prognóstico (DIKMEN et al., 1975; CHEVRIE e AICARDI, 1978; O'LEARY et al., 1981; SOFIJANOV, 1982). Cabe ressaltar que esses estudos foram realizados em serviços de referência, com tendência a receberem pacientes com enfermidades mais graves, como a Síndrome de West. SHINNAR e BALLAMBAN-GIL, ao estudarem pacientes com crises recentes, também não encontrou correlação

entre a idade ao sofrer a primeira crise e o risco de recorrência (1991, p.29), em concordância com os resultados deste estudo.

5.5 CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS.

Não se encontrou correlação entre o aumento do índice de recorrência e as condições sócio-econômicas. No entanto, pacientes com renda familiar per cápita de até $\frac{1}{2}$ salário-mínimo e escolaridade materna limitada ao primeiro grau incompleto apresentaram índices maiores (porém não significativos) de recorrência em comparação a pacientes com renda familiar per cápita superior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo (56,09% versus 45,54%) e escolaridade materna igual ou superior ao primeiro grau completo (52,0% versus 36,36%). As crises sintomáticas remotas não foram mais freqüentes nos grupos menos favorecidos sócio-economicamente como se poderia esperar, indicando que as etiologias das crises sintomáticas remotas atingiram indistintamente toda a população estudada. Deve ser salientado que somente 4,77% da população estudada apresentou renda familiar per cápita superior a 2 salários-mínimos e que somente 3% das mães chegaram a freqüentar o 3º grau de escolaridade. Portanto, estes resultados quanto às condições sócio-econômicas não podem ser generalizadas para a população em geral.

5.6 ETIOLOGIA

Considerando-se somente os pacientes com diagnóstico etiológico definido (N=134), as crises de origem sintomática remota corresponderam a 23,88% (N=32) e as crises criptogênicas 76,12% (N=102) dos casos. SHINNAR et al. (1990, p.1076) encontraram índice de 16,60% de crises sintomáticas remotas e 83,39% de crises criptogênicas em um estudo realizado no estado de Nova York, Estados Unidos e restrito à população pediátrica. HAUSER et al.

(1990, p.1163) detectaram crises de origem sintomática remota em 28,36% de 208 pacientes com crises recentes e residentes também nos Estados Unidos. De acordo com ANNEGERS (1994, p.15), 70% das crises epiléticas não apresentam etiologias conhecidas. SAKAMOTO (1985), ao estudar crises de início na infância em uma população de São Paulo, encontrou etiologia orgânica em 38,9% dos casos. Vale lembrar que o estudo em questão excluiu pacientes com insultos perinatais graves (paralisia cerebral e déficit mental moderado e grave) que muito freqüentemente causam epilepsia em países em desenvolvimento. Compreende-se, então, porque os índices de crises sintomáticas remotas deste estudo sejam apenas pouco superiores aos índices detectados em países desenvolvidos. Dos 32 pacientes com crises sintomáticas remotas, 22 (68,75%) apresentaram neurocisticercose. A cisticercose é considerada uma enfermidade hiperendêmica no Paraná (CEPI, 1995) e em outros estados do sul do país (VERONESI e FOCCACCIA, 1991, p.820). O diagnóstico foi sugerido primariamente através da tomografia de crânio e da suspeita clínica, à semelhança de outros trabalhos (MITCHELL e GRAWFORD, 1988; JOSEPH et al., 1993). Todos os pacientes apresentaram a forma não viável da doença. O Rx de crânio detectou calcificação (s) em somente 3 (20%) de 15 pacientes com neurocisticercose e que foram submetidos a este exame. SAKAMOTO (1985) e BACHESCHI (1991, p.546) observaram índices semelhantes de anormalidades detectadas pelo Rx de crânio. Estes índices atestam a baixa sensibilidade do exame no que diz respeito ao diagnóstico etiológico das crises epiléticas.

Os outros pacientes com crises sintomáticas remotas (N=10) apresentaram, como etiologia provável de suas crises, toxoplasmose congênita (N=2), atraso global do desenvolvimento psicomotor (N=5), traumatismo crânio-encefálico (N=1), meningoencefalite (N=1) e mal formação do sistema nervoso central (N=1). Das 32 crianças com crises sintomáticas remotas, 20 sofreram

recorrência (62,50%) comparadas a 44 de 97 (45,36%) com crises criptogênicas ($p=0,0927$). Conforme se observa, crianças com crises sintomáticas remotas apresentaram índices mais altos de recorrência do que as crianças com crises criptogênicas, porém, sem nível de significância a 5%. Estes dados apontam apenas uma tendência neste sentido. Os estudos publicados até 1990 apontaram índices mais elevados de recorrência em pacientes com anormalidades neurológicas em comparação aos pacientes sem anormalidades neurológicas. (van den BERG e YERUSHALAMY, 1969; HAUSER et al., 1982; CAMFIELD et al., 1985; HOPKINS et al., 1988; HAUSER et al., 1990; SHINNAR et al., 1990). A autora especula que um número maior de pacientes nos dois subgrupos (sintomáticos remotos e criptogênicos) poderia, talvez, apontar índices significativos de recorrência no subgrupo sintomático remoto em relação ao subgrupo criptogênico também nesta pesquisa.

5.7 TIPOS DE CRISES.

Houve informação suficiente para classificar-se 172 dos 175 pacientes do estudo. Apresentaram crises parciais 108 (61,71%) e crises generalizadas 64 (36,57%) pacientes. Segundo HAUSER (1994, p.1), após os 5 anos de idade, as crises parciais são responsáveis por 50% ou mais do total de crises epiléticas. CAMFIELD et al.(1985, p.1657) detectaram índices de 53,70% de crises parciais e 46,29% de crises generalizadas em um estudo restrito a pacientes pediátricos. SHINNAR et al.(1990, p.1076), estudando também somente crianças, detectaram índices mais baixos de crises parciais: 36% versus 64% de crises generalizadas, mas observaram que as crises parciais foram mais freqüentes em pacientes sintomáticos remotos.

Neste estudo, as crises parciais foram mais freqüentes tanto nos pacientes sintomáticos remotos (64,28%) como nos pacientes criptogênicos (62,10%). A maioria dos estudos realizados em países em desenvolvimento

reportam índices mais altos de crises parciais em relação a crises generalizadas do que em países desenvolvidos (DANESI, 1985; BHARUCHA et al., 1988; MANI e RANGON, 1990;). SENANAYAKE (1993, p.812) classificou 73,8% de seus pacientes como tendo crises parciais e 23,2% como tendo crises generalizadas.

Não se observou diferenças significativas de recorrência entre os pacientes com crises parciais e pacientes com crises generalizadas ($p=0,7626$). Entretanto, no grupo de pacientes não tratados criptogênicos ($N=68$) houve predomínio de crises parciais entre os pacientes que sofreram recorrência (64%, grupo 3) em comparação aos pacientes que não sofreram recorrência (51,72%, grupo 4).

As crises parciais foram associadas a um maior risco de recorrência em comparação às crises generalizadas em 4 estudos (HAUSER et al., 1982; CAMFIELD et al., 1985; HAUSER, 1986; SHINNAR et al., 1990). Em outros 3 estudos (HYLLESTED e PAKKENBERG, 1969; HOPKINS et al., 1988; HAUSER et al., 1990;) não se encontrou esta correlação. HAUSER et al. (1990, p.1163), entretanto, observaram que os pacientes com crises parciais e parestesia de Todd no grupo sintomático remoto apresentaram índice de recorrência de 75% em comparação aos pacientes com crises sintomáticas remotas e sem parestesia de Todd, que recorreram em 24% dos casos. SHINNAR et al. (1990, p.1076) detectaram que as crises parciais foram associadas a um aumento não significativo do índice de recorrência no grupo criptogênico em comparação às crises generalizadas (40% versus 29%). Entre os pacientes com crises sintomáticas remotas, as crises parciais foram associadas a um aumento significativo de recorrência em relação às crises generalizadas (72% versus 47%), o que vem ao encontro dos achados de HAUSER et al. (1990, p.1163). Neste mesmo estudo, SHINNAR et al. (1990, p.1076) observaram que as crises parciais foram mais frequentemente associadas às crises sintomáticas remotas e às crises criptogênicas com eletroencefalograma anormal. Desde que estes dois

fatores sejam levados em consideração, permanece obscura a real importância das crises parciais (como fator isolado) no aumento do índice de recorrência da primeira crise (SHINNAR e BALLAMBAN-GIL, 1991, p.29). Neste estudo, as crises parciais foram tão frequentes em pacientes com crises sintomáticas remotas quanto em pacientes com crises criptogênicas.

5.8 O ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)

Observou-se que o eletroencefalograma anormal foi mais frequente no grupo de pacientes criptogênicos (24,44% dos exames foram anormais) do que no grupo de pacientes com crises sintomáticas remotas (4,5% de exames anormais). Uma possível explicação para este fato pode se dever ao fato de que a maioria (68,75%) dos pacientes do grupo sintomático remoto apresentou neurocisticercose na forma inativa, fase da doença em que o EEG pode ser normal.

No grupo criptogênico, o EEG anormal esteve associado a um aumento do risco de recorrência em relação aos pacientes com EEG normal (63,63% versus 42,64% de recorrência), embora de forma não significativa ($p=0,0867$). Observou-se, no entanto, uma tendência neste sentido. Em relação às anormalidades específicas, observou-se, nos pacientes com crises criptogênicas, que aqueles que apresentaram EEG com atividade epileptiforme focal com ou sem generalização secundária, apresentaram índices estatisticamente maiores de recorrência do que os pacientes criptogênicos com EEG normal ou irregular sem anormalidades específicas (80% versus 42,64% de recorrência respectivamente, $p=0,0295$).

Todos os estudos sobre a recorrência da primeira crise detectaram que o EEG anormal está correlacionado a um aumento do índice de recorrência (BLOM et al., 1978; CAMFIELD et al., 1985; HAUSER, 1986; HOPKINS et al., 1988; BOULLOCHE et al., 1989; HAUSER et al., 1990, SHINNAR et al., 1990;).

Apenas em um estudo (HOPKINS et al., 1988, p.721) o feito foi modesto e não estatisticamente significativo. HAUSER et al. (1990, p.1163) propuseram que somente o EEG com descarga epileptiforme generalizada estava associado a um aumento de recorrência no grupo de pacientes criptogênicos. Não está claro, na atualidade, a importância das anormalidades específicas do EEG em relação ao índice de recorrência da primeira crise. Em 3 estudos (todos restritos à população infantil) foram comparadas as anormalidades epileptiformes versus não epileptiformes (CAMFIELD et al., 1985; CAMFIELD et al., 1989; SHINNAR et al., 1990;). Em relação às crianças com EEG normal, aquelas com EEG com atividade epileptiforme apresentaram maiores chances de recorrência (risco relativo de 2,0). Crianças com anormalidades não epileptiformes apresentaram índices pouco mais elevados de recorrência do que aquelas com EEG normal (risco relativo de recorrência de 1,3).

Os resultados deste estudo vem ao encontro dos dados da literatura ao demonstrar que pacientes criptogênicos com EEG com atividade epileptiforme (focal no estudo em questão) apresentaram índices mais altos de recorrência do que os pacientes criptogênicos com EEG normal ($p=0,0295$). Demonstrou-se também (ainda que de forma não significativa ao nível de 5%) que os pacientes com crises criptogênicas e EEG anormal apresentaram índices maiores de recorrência do que os pacientes com crises criptogênicas e EEG normal.

5.9 TRATAMENTO COM DROGAS ANTIEPILEPTICAS (DAE).

O índice de recorrência dos pacientes tratados com DAE (N=38) foi de 5,26%, enquanto que os pacientes não tratados com DAE (N=85) recorreram em 65,88% dos casos, sendo estes índices estatisticamente significativos ($p<0,001$). Analisando-se separadamente os pacientes com crises criptogênicas e crises sintomáticas remotas também se encontrou valores de $p<0,001$, evidenciando-se que o tratamento com DAE reduziu significativamente o índice de recorrência da

primeira crise. Neste estudo foram excluídos todos os pacientes que não tiveram aderência ou apresentaram aderência duvidosa ao tratamento. Não se obteve, no entanto, níveis séricos de drogas antiepiléticas.

Estudos não randomizados sobre a recorrência da primeira crise não reportam diferenças no índice de recorrência entre os pacientes tratados e não tratados (CAMFIELD et al., 1985; HAUSER, 1986; HOPKINS et al., 1988; HAUSER et al., 1990; SHINNAR et al., 1990). No entanto, um estudo clínico randomizado concluiu que a carbamazepina diminuiu o risco de recorrência da primeira crise em uma população infantil (CAMFIELD et al., 1989, p.851). Um segundo estudo também randomizado (FIRST SEIZURE TRIAL GROUP, 1993, p. 478) demonstrou que o tratamento da primeira crise com DAE reduziu significativamente a recorrência de 51% para 25% em 2 anos de seguimento. SANDERS et al., 1990, p.1267) sugerem que o tratamento precoce da primeira crise pode não somente diminuir o risco de recorrência da primeira crise, como também prevenir a evolução da epilepsia em direção a uma desordem crônica. Os dados deste trabalho são inequívocos no sentido de apontar que as drogas antiepiléticas diminuíram o risco de recorrência da primeira crise e são condizentes com os achados de MUSSICO et al. (FIRST SEIZURE TRIAL GROUP, 1993, p.478) e SANDERS et al. (1990, p.1267).

5.10 HISTÓRIA FAMILIAR DE CRISES EPILÉPTICAS

Não se observou diferenças significativas de recorrência entre os pacientes com e sem história familiar de crises epiléticas no grupo como um todo ($p=0,9423$), no grupo de pacientes com crises criptogênicas ($p=0,8034$) e tampouco no grupo de pacientes com crises sintomáticas remotas ($p=0,7966$).

Na maioria dos estudos também não se observou diferenças estatísticas ou substancial associação entre a história familiar de crises e o risco de recorrência (SAUNDERS e MARSHALL, 1975; BLOM et al., 1978; HAUSER et

al., 1982; SAKAMOTO, 1985; HOPKINS et al., 1988; BOULLOCHE et al., 1989; SHINNAR et al., 1990). A única exceção foi o estudo de HAUSER et al. (1990, p.1163) que detectaram correlação entre o índice de recorrência de crises criptogênicas e a história familiar de crises em parentes de primeiro grau.

5.11 HISTÓRIA DE CRISES FEBRIS PRÉVIAS A CRISES NÃO PROVOCADAS

Não se encontrou diferenças significativas entre os pacientes com e sem história prévia de crises febris em relação ao índice de recorrência no grupo como um todo e nos grupos de pacientes com crises criptogênicas e crises sintomáticas remotas ($p=0,2540$, $p=0,7000$ e $p=0,5412$, respectivamente).

A maioria dos trabalhos têm demonstrado apenas uma modesta associação do aumento do índice de recorrência da primeira crise associada à antecedentes de crises febris. HIRTZ et al. (1984, p.637) detectaram índices de 65%, contra 52% nos pacientes com e sem história de crises febris. COMFIELD et al. (1985, p.1657) reportaram índices de 54% versus 50% e SHINNAR et al. (1990, p.1076) 48% versus 35%. Nenhuma dessas diferenças foi significativa. Neste último estudo, entretanto, observou-se 100% de recorrência ao fim de 2 anos de seguimento em 7 pacientes com crises sintomáticas remotas e com história de crises febris comparadas a 48% de recorrência em pacientes sem crises febris prévias. Os resultados obtidos nesta pesquisa estão de acordo com a maioria dos estudos sobre esta questão.

5.12 MAIS DE 1 CRISE EM 24 HORAS

A existência de mais de uma crise em 24 horas não esteve relacionada a um aumento significativo no índice de recorrência nos pacientes em geral, embora tenha-se observado que os pacientes com mais de uma crise em 24 horas tenham recorrido mais frequentemente do que aqueles com 1 crise em 24 horas (63,63% versus 45,63%), sendo o valor de $p=0,1251$. Restringindo-se o

estudo aos pacientes criptogênicos, também não se observou diferenças estatísticas ($p=0,7950$). Ao se estudar os pacientes com crises sintomáticas remotas ($N=31$), observou-se recorrência de 100% em 7 pacientes com mais de 1 crise em 24 horas versus 54,16% de recorrência entre os pacientes com 1 crise, estes índices significativos ao nível de 5% ($p=0,0295$).

HAUSER et al. (1990, p.1163) também encontraram índices significativos de maior recorrência em pacientes com crises sintomáticas remotas e mais de uma crise em 24 horas em comparação aos pacientes com apenas 1 crise, em concordância com os resultados deste estudo.

5.13 ESTADO DE MAL EPILÉPTICO

Não se observou diferença significativa entre os pacientes com e sem estado de mal epilético quanto ao índice de recorrência de primeira crise nos pacientes em geral, nos pacientes criptogênicos ($N=11$) e sintomáticos remotos ($N=6$), sendo os valores de $p=0,5883$, $0,7573$ e $0,6422$, respectivamente.

HAUSER et al. (1990, p.1163) e SHINNAR et al. (1990, p.1076) também não observaram associação entre o estado de mal epilético e o índice de recorrência nos pacientes com crises criptogênicas. Entre os pacientes sintomáticos remotos, no entanto, HAUSER et al. (1990, p.1163) observaram que os pacientes com estado de mal epilético recorreram em 38% das vezes em comparação a 16% de recorrência no grupo de pacientes criptogênicos. SHINNAR et al. (1990, p.1076) também encontraram correlação entre a presença de estado de mal epilético nos pacientes sintomáticos remotos ($N=5$) e o índice de recorrência (80% versus 48%) em comparação aos pacientes sem estado de mal epilético. SAKAMOTO (1985) não observou correlação entre a duração das crises (inclusive estado de mal epilético) e o índice de recorrência de primeira crise.

Deve-se levar em consideração o reduzido número de pacientes (N=17) com estado de mal epilético deste estudo. No entanto os achados preliminares não evidenciaram correlação entre o estado de mal epilético e a recorrência de crises na população estudada.

5.14 ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DAS CRIANÇAS COM CRISES EPILEPTICAS COM OU SEM MEDICAÇÃO ANTIEPILEPTICA

Segundo a avaliação dos pais, houve diferenças significativas entre o comportamento dos pacientes com crises epiléticas e as crianças do grupo controle. O comportamento foi considerado anormal em 46,16% das crianças com crises epiléticas (com ou sem medicação antiepiléptica) em comparação a 26,66% do grupo controle, sendo o valor de $p=0,0260$. O comportamento foi ainda estudado levando-se em consideração o uso ou não de drogas antiepilépticas (DAE) e o tipo de DAE utilizada. Observou-se diferenças significativas no comportamento entre os pacientes com história de crises epiléticas e sem medicação (crises únicas ou epilepsia em remissão) e o grupo controle em 3 de 10 questões direcionadas aos pais (inquieto/hiperativo, impulsivo, irritado). Observou-se também diferenças significativas entre os pacientes em uso de fenobarbital e o grupo controle em 6 questões (inquieto/hiperativo, impulsivo, irritado, se distrai facilmente, se frustra facilmente, temperamento explosivo e comportamento imprevisível). Quanto às outras DAE estudadas não se observou diferenças significativas em relação ao grupo controle.

Segundo a avaliação da escola (professores), não se detectou diferenças significativas entre os pacientes sem medicação e o grupo controle. Conseguiu-se comprovar, no entanto, que o fenobarbital produziu alterações comportamentais em relação ao grupo controle. As perguntas que evidenciaram diferenças estatísticas foram: inquieto/hiperativo, impulsivo e respeito aos sentimentos alheios.

As drogas antiepilépticas produzem importantes efeitos colaterais dose-dependentes, idiossincrásicos, cognitivos e comportamentais. Estudos têm demonstrado que todos os antiepilépticos comumente utilizados podem apresentar efeitos adversos no comportamento e na capacidade cognitiva (American Academy of Pediatrics, 1985, p. 644). O fenobarbital pode causar hiperatividade, irritabilidade, desordens do sono, depressão e diminuição do coeficiente de inteligência. Comprovou-se por meio deste estudo que o fenobarbital foi a droga antiepiléptica que mais claramente provocou distúrbios do comportamento. O número reduzido de pacientes em uso de outras drogas (fenitoína=4, ácido valpróico=1 e carbamazepina=13), assim como a maior sutileza das alterações comportamentais causadas por estas drogas podem explicar a não detecção de anormalidades comportamentais causadas por estas drogas nesta pesquisa.

A questão se as desordens do comportamento ocorrem mais frequentemente em crianças com crises epilépticas do que em crianças sem crises epilépticas é antiga (KEATING, 1961; HERMANN e WHITMAN, 1984). A maioria dos pesquisadores acredita que a epilepsia aumenta o risco de problemas do comportamento, mas evidências concretas são ainda limitadas (COOBETT e TRIMBLE, 1983; AMAN e WERRY, 1992, p.124) estudaram o comportamento de crianças com epilepsia utilizando o teste de CONNORS (enviado às escolas) e um questionário aplicado aos pais. Este autor observou uma discrepância entre as avaliações dos professores e a dos pais. O mesmo achado ocorreu no trabalho de LONG e MOORE (1979, p.299). Neste estudo também se observou que os pais foram mais sensíveis em detectar anormalidades comportamentais que os professores. Em estudos psicofarmacológicos os professores têm provado que são mais fidedignos na análise do comportamento que os pais (WERRY, 1978, p.29). Pode-se argumentar que os professores estão menos envolvidos emocionalmente, observam a criança durante a rotina escolar e podem compará-la a outros colegas proporcionando uma visão mais realista do seu comportamento. Os pais, por sua vez, tendem a proteger e geralmente possuem expectativas mais

exigentes sobre o comportamento do filho epiléptico. Por outro lado, pode-se argumentar que os pais conhecem mais profundamente seus filhos. De qualquer forma, este estudo comprovou tanto através dos pais como dos professores que as crianças com crises epiléticas e, em particular, aquelas em uso de fenobarbital podem apresentar anormalidades comportamentais.

5.15 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais limitações deste trabalho, na opinião da autora, foram o pequeno número de pacientes em alguns subgrupos estudados, a não obtenção de níveis séricos na monitorização da eficácia das drogas antiepiléticas e o fato de ser esta uma pesquisa não populacional. Estas limitações podem ser superadas em parte com a continuidade do acompanhamento destes e outros pacientes com crises epiléticas recentes e com a obtenção de níveis séricos em um futuro próximo.

Neste estudo os principais fatores de previsão de recorrência foram a etiologia (criptogênica versus sintomática remota) e o eletroencefalograma. Estes fatores também foram relevantes em outros trabalhos. Quanto à conduta frente a um paciente com uma primeira crise a autora é de opinião de se tratar a primeira crise de origem sintomática remota por apresentar alto índice de recorrência (62%). As crises criptogênicas representam um dilema no que diz respeito ao tratamento da primeira crise. O índice de recorrência destas crises foi de 44% neste estudo. O eletroencefalograma anormal aumentou este índice para 63,64%, sendo que o eletroencefalograma com atividade epileptiforme focal esteve associado a 80% de recorrência nos pacientes com crises criptogênicas. Portanto, a autora sugere o tratamento com drogas antiepiléticas de pacientes que apresentarem uma primeira crise criptogênica associada a um eletroencefalograma anormal, especialmente se ocorrer uma anormalidade epileptiforme focal. Idealmente, deve-se evitar o uso de antiepiléticos que causem alterações comportamentais em número elevado de pacientes, como é o caso dos barbitúricos.

6 CONCLUSÕES

1. O índice geral de recorrência da primeira crise não provocada na população estudada foi de 44%. Os pacientes com crises criptogênicas apresentaram índice de recorrência de 45,36% em comparação a 62,50% de recorrência dos pacientes com crises sintomáticas remotas.

2. No grupo de pacientes criptogênicos somente o eletroencefalograma com atividade epileptiforme focal com ou sem generalização secundária foi um fator de previsão significativo para a recorrência. As outras anormalidades do eletroencefalograma também estiveram associadas a um aumento da recorrência, embora de forma não significativa.

3. O único fator de previsão significativo para uma maior recorrência nos pacientes com crises sintomáticas remotas foi a existência de mais de 1 crise em 24 horas.

4. O sexo, a idade, as condições sócio-econômicas, o tipo de crise, a história familiar de crises e o estado de mal epiléptico não estiveram associados a um aumento significativo da recorrência da primeira crise, tanto no grupo de pacientes criptogênicos como nos pacientes com crises sintomáticas remotas.

5. As drogas antiepilépticas foram eficazes em reduzir a recorrência de uma primeira crise de 65% em pacientes não tratados para 5,5% em pacientes tratados. A monoterapia foi utilizada em 95% dos pacientes. Atingiu-se

controle satisfatório das crises com o primeiro esquema terapêutico em cerca de 83% dos pacientes.

6. O fenobarbital causou efeitos adversos comportamentais detectados tanto pelos pais como pelos professores em relação ao grupo controle. As crianças que sofreram crises epiléticas, mas que não estavam sendo tratadas com drogas antiepiléticas à época do estudo também apresentaram alterações comportamentais, segundo a avaliação dos pais. O pequeno número de pacientes que utilizaram as outras drogas antiepiléticas impede que se tire conclusões sobre os possíveis efeitos comportamentais provocados por estes antiepiléticos.

ANEXO 1

MANUAL DA HISTÓRIA INFORMATIZADA DAS CRISES EPILÉPTICAS E EPILEPSIA

AUTORA: CRISTINA ANDRADE DA SILVA

As crises epilépticas na infância são as enfermidades mais freqüentes na neurologia pediátrica. Sua abordagem detalhada requer uma análise criteriosa quantitativa e qualitativa.

Este trabalho propõe um modelo de história computadorizada das crises epilépticas. Foi baseado em parte no modelo de Montevideo (RUGGIA, 1989).

CAPÍTULO 1

CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS

Este capítulo é uma adaptação simplificada do questionário utilizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) no senso de 1989, para questões sociais (IBGE, 1989, p.1).

NOME: nome do paciente (somente as iniciais).

REGISTRO: registro do paciente no Hospital de Clínicas.

IDADE: idade em meses ao iniciar o acompanhamento médico.

NÚMERO: número recebido pelo paciente ao entrar no programa de crises epiléticas recentes na infância.

PROCEDÊNCIA: local onde reside o paciente.

1: área urbana 2: área rural

INFORMANTE: informante à primeira consulta.

1: mãe 2: pai 3: avós 4: o paciente 5: outros

SEXO: sexo do paciente

1: masculino 2: feminino

RELIGIÃO: religião da família do paciente

1: católica 2: protestante 3: outras

COR: cor do paciente

1: branca 2: parda 3: preta 4: outras 5: amarela

DOMICÍLIO:

1: próprio 2: alugado 3: cedido 4: em aquisição 5: outros

NÚMERO DE CÔMODOS NA RESIDÊNCIA:

1: até 3 2: de 4 a 5 cômodos 3: mais de 5 cômodos

ESGOTO: 1: rede geral 2: fossa séptica 3: fossa rudimentar 4: não há

ÁGUA: 1: SANEPAR 2: coletiva 3: mista 4: poço

INSTALAÇÃO SANITÁRIA:

1: só do domicílio 2: comum a mais de um domicílio 3: não há

LIXO:

1: coletado 2: queimado 3: enterrado 4: terreno baldio 5: outros

LUZ:

1: tem 2: não tem

TRANSPORTE:

1: carro próprio 2: ônibus 3: ambulância 4: bicicleta 9: sem dados

FILTRO:

1: tem 2: não tem

FOGÃO:

1: tem 2: não tem

GELADEIRA:

1: tem 2: não tem

RÁDIO:

1: tem 2: não tem

TELEVISÃO:

1: tem 2: não tem

NÚMERO DE PESSOAS NA FAMÍLIA (família):

1: até 2 2: de 3 a 5 3: de 6 a 8 4: de 9 a 12 5: mais de 12 9: sem dados

RENDA FAMILIAR PER CÁPITA (salários-mínimos recebidos por toda a família divididos pelo número de pessoas na família) (renda):

1: até ½ 2: mais de ½ até 1 3: mais de 1 até 2 4: mais de 2 9: sem dados

ANOS DE ESTUDO DA MÃE (est mãe):

1: menos de 1 ano ou sem instrução 2: de 1 a 3 anos de instrução

3: 4 anos 4: 5 a 7 anos 5: 8 anos 6: mais de 8 anos 9: sem dados

ESCOLARIDADE DA MÃE (esc mãe):

- 1: nunca freqüentou escola 2: primeiro grau incompleto 3: primeiro grau completo
4: segundo grau incompleto 5: segundo grau completo 6: terceiro grau incompleto
7: terceiro grau completo 9: sem dados

RAMOS DE ATIVIDADE DA MÃE (ocup mãe):

- 1: indústria 2: construção civil 3: comércio 4: prestação de serviço de nível superior
5: prestação de serviço, exceto nível superior 6: trabalhadora rural
7: não trabalha 9: sem dados

POSIÇÃO NO TRABALHO DA MÃE (Pos mãe):

- 1: empregada com carteira 2: empregada sem carteira
3: autônoma, exceto nível superior 4: autônoma (nível superior)
5: opções 1+3 6: opções 1+4 7: não trabalha
8: falecida 10: aposentada 9: sem dados

CAPÍTULO 2

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Neste capítulo serão analisados os antecedentes gineco-obstétricos, a história familiar de crises epiléticas, a história mórbida progressiva do paciente e o desenvolvimento psicomotor.

O exame físico abordará dados antropométricos, o exame físico geral, o exame neurológico no momento da admissão e durante a evolução do paciente.

Para a análise do peso e estatura foram utilizadas as curvas de crescimento do "National Center for Health Statistic (NCHS, 1976, p.1) e para a análise do perímetro cefálico foi utilizada a curva de "NELLHAUS, G" (1968, p.106).

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

PESO DE NASCIMENTO - PN

0: > 4000 gramas

1: 2500 a 4000 gramas

2: 1500 a 2499 gramas

3: < 1500 gramas

9: sem dados

IDADE GESTACIONAL - IG

0: pretermo (< 37 semanas)

1: termo (37 a 42 semanas)

2: pós-termo (> 42 semanas)

9: sem dados

INTERCORRÊNCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS

PERÍODO PRÉ-NATAL

PRÉ-NATAL 1: campo para documentar uma intercorrência no período pré-natal.

PRÉ-NATAL 2: campo para documentar uma segunda intercorrência no período pré-natal.

0: CIUR - crescimento intra-uterino retardado

1: mal formação cerebral

3: outras

4: DHEG-doença hipertensiva específica da gestação

5: sem intercorrências no período pré-natal

9: sem dados

PERÍODO PERINATAL

Período compreendido do início do trabalho de parto até o nascimento.

PERINATAL 1: campo para documentar uma intercorrência no período perinatal.

PERINATAL 2: campo para documentar uma segunda intercorrência no período perinatal.

0: sofrimento fetal agudo - SFA. Definido como APGAR menor que 5 no 5º minuto de vida e/ou encefalopatia hipóxico-isquêmica, podendo ser a informação médica ou leiga (FITZHARDINGE, 1990, p.400).

1: outros

3: sem intercorrências no período perinatal.

4: prematuridade moderada e grave (neonatos com menos de 36 semanas de idade gestacional)

9: sem dados

PERÍODO NEONATAL

Período compreendido desde o nascimento até 28 dias de vida.

NEONATAL 1: campo para documentar uma intercorrência no período neonatal.

NEONATAL 2: campo para documentar uma segunda intercorrência no período neonatal.

0: infecções

1: hipoglicemia

2: crises convulsivas

3: desconforto respiratório

4: exame neurológico anormal

5: outros

6: sem intercorrências

9: sem dados

HISTÓRIA FAMILIAR

A história familiar de epilepsia e crise epiléptica única possuem os mesmos códigos. Caso exista uma pessoa na família com história positiva, o espaço 1 deverá ser preenchido com o respectivo código. Caso existam 2 pessoas com história positiva, o espaço 2 também deverá ser preenchido.

EXEMPLO: paciente com pai e irmão com epilepsia e sem história familiar de crise única.

crise única 1 = 0

crise única 2 = 0

epilepsia 1: 1

epilepsia 2: 3

0: história negativa

1: pai

5: avó(s)

2: mãe

6: primo(s)

3: irmão(s)

9: sem dados

4: tio(s)

HISTÓRIA MÓRBIDA PREGRESSA

HISTÓRIA MÓRBIDA PREGRESSA 1(HMP1): este campo deverá ser preenchido com a respectiva enfermidade pregressa do paciente.

HMP 2 e HMP 3: estes campos deverão ser utilizados caso houver 2 ou 3 enfermidades pregressas.

EXEMPLO: paciente com história de meningite.

HMP1: 2 HMP2: 0 HMP3: 0

0: negativa

1: asma brônquica

2: infecção aguda do sistema nervoso central (SNC)

3: neurocisticercose (diagnóstico sorológico e/ou por tomografia)

4: tumor cerebral

5: traumatismo crânio-encefálico grave

6: acidente vascular cerebral

7: encefalopatia não progressiva

8: sangramento intra-cerebral

10: crise convulsiva febril

11: outros

12: cefaléia, enxaqueca

13: perda de fôlego

14: infecção crônica doo SNC

9: sem dados

DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR (ANAMNESE)

D P M:

0: normal

1: atraso global do desenvolvimento

3: atraso da linguagem

4: atraso motor

5: atraso cognitivo

9: sem dados

EXAME FÍSICO

PESO

0: < 5º percentil

1: entre o 5º e o 25º percentil

2: entre o 25º e o 95º percentil

3: > 95º percentil

9: sem dados

ESTATURA (ESTAT)

Utilizar os mesmos códigos de item peso

PERÍMETRO CEFÁLICO-PC

0: entre +2 e -2 DESVIO PADRÃO (DP)

1: > que +2 DP

2: < que -2 DP

9: sem dados

ANORMALIDADES SOMÁTICAS (ANORMALIDADES)

0: ausentes

1: presentes

9: sem dados

EXAME NEUROLÓGICO NO INÍCIO DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL (EXA NEURO 1)**EXAME NEUROLÓGICO NA EVOLUÇÃO DO PACIENTE (EXA NEURO 2)**

0: normal

1: síndrome piramidal

2: síndrome extrapiramidal

3: alteração do equilíbrio estático

4: alteração do equilíbrio dinâmico

5: alteração da coordenação apendicular

6: atraso na linguagem

7: déficit cognitivo

8: outros

10: atraso global do desenvolvimento

9: sem dados

CAPÍTULO 3

DESCRIÇÃO DAS CRISES EPILÉPTICAS

A classificação internacional de crises epiléticas (COMMISSION, 1981, p.489) foi utilizada para a descrição de crises epiléticas neste trabalho. O diagnóstico foi clínico e eletroencefalográfico.

AURA:

- 0: sem aura
- 1: aura informada pelo paciente
- 2: aura informada pelo acompanhante
- 3: ambas
- 9: sem dados

FEBRE: campo para documentar a existência ou não de febre antes e durante a crise.

- 0: não
- 1: sim
- 2: ambas
- 9: sem dados

LATERALIZAÇÃO: campo para se documentar a existência de lateralização ou não das crises.

- 0: esquerda
- 1: direita
- 2: alternada
- 3: ausente
- 9: sem dados

ESTRUTURAÇÃO DAS CRISES

Quando um paciente apresentar somente uma forma de crise, o campo ESTR1 será preenchido com o respectivo código da classificação internacional de crises. Quando um mesmo paciente apresentar duas ou mais formas de crises epiléticas todas parciais ou todas generalizadas, o campo ESTR1 e ESTR2 serão preenchidos, sendo que a forma mais freqüente durante todo o período de observação será codificada no campo ESTR1 e a forma menos freqüente no campo ESTR2. O mesmo raciocínio se fará quando um mesmo paciente apresentar até 3 formas diferentes de crises, sendo os campos ESTR1, ESTR2 e ESTR3 preenchidos com os códigos das crises em ordem decrescente de freqüência. A única exceção ocorrerá quando um mesmo paciente apresentar crises parciais e generalizadas. Quando

houver sinais de localização (diagnosticadas através do eletroencefalograma e/ou tomografia de crânio), a crise parcial será codificada no campo ESTR1 e a crise generalizada no campo ESTR2. Neste caso a epilepsia (capítulo 9) será classificada como localizada. Caso não houver sinais de localização, as crises serão codificadas aleatoriamente nos campos ESTR1 e ESTR2 e a epilepsia será classificada como indeterminada. Para a análise estatística serão utilizadas as informações contidas no campo ESTR1. Segue-se a classificação internacional de crises com algumas adaptações (que foram discutidas no capítulo de Casuística e Métodos).

CRISES PARCIAIS SIMPLES

- 1: sinais motores focais sem marcha (marcha Jacksoniana)
- 2: sinais motores focais com marcha (marcha Jacksoniana)
- 3: versiva
- 4: postural
- 5: fonatória (vocalização ou dificuldade na fala)

COM SINTOMAS SOMATO-SENSORIAIS ESPECIAIS

- 6: somato-sensitiva
- 7: visual
- 8: auditiva
- 10: olfatória
- 11: gustativa
- 12: vertiginosa
- 13: COM SINTOMAS AUTONÔMICOS (desconforto epigástrico, palidez, sudorese, etc).

SINTOMAS PSÍQUICOS

- 14: disfásicas
- 15: dismnésicas (déjà-vu)
- 16: cognitivas (distorção do senso temporal)
- 17: afetivas (medo, raiva, etc.)
- 18: ilusões (ex. macropsia)
- 19: alucinações (ex: música, cenários, etc.)

CRISES PARCIAIS COMPLEXAS

- 20: início parcial simples seguido de alteração da consciência
- 21: início parcial simples seguido de alteração da consciência e com automatismos
- 22: parcial complexa desde o início
- 23: parcial complexa com automatismos

24: CRISES PARCIAIS COM GENERALIZAÇÃO SECUNDÁRIA**25: crises parciais simples com generalização secundária****26: crises parciais complexas com generalização secundária****CRISES GENERALIZADAS****27: AUSÊNCIAS TÍPICAS****28: somente com alteração da consciência****29: com componentes clônicos discretos****30: com componentes atônicos****31: com componentes tônicos****32: com automatismos****33: com componentes autonômicos****34: AUSÊNCIAS ATÍPICAS****35: com mudanças no tônus que são mais pronunciadas que no item 31.****36: com início e/ou términos abruptos****37: crises mioclônicas****38: crises clônicas****39: crises tônicas****40: crises tônico-clônicas****41: crises atônicas (astásicas)****42: hemiconvulsão (com perda da consciência e sem localização anatômica)****43: crises epiléticas não classificadas (crises neonatais "como movimentos rítmicos dos olhos, movimentos de pedalar", etc.)****44: epilepsia partialis contínua****45: estado de mal não convulsivo generalizado (crises de ausência)****46: estado de mal convulsivo generalizado (crises tônico-clônicas)****9: sem dados****CICLO VIGÍLIA-SONO (CVS)****0: em vigília****1: no início do sono****2: no sono****3: ao despertar****4: sono e vigília****9: sem dados**

HIPERVENTILAÇÃO PULMONAR-HVP

A hiperventilação pulmonar (3 a 5 minutos de duração) será considerada positiva quando ocorrer crise desencadeada por esta manobra e negativa quando não ocorrer crise desencadeada por esta manobra.

0: negativa

1: positiva

2: ambas

9: sem dados

SALVAS

0: não

1: sim, com agrupamentos de crises em um mesmo dia

2: sim, com agrupamentos de crises em dias diferentes

9: sem dados

FATORES PRECIPITANTES

0: nenhum

10: tóxicos

2: privação do sono

11: música

3: emoções

12: leitura

4: estímulos auditivos

13: micção, defecação

5: luz (televisão)

14: estímulos sômato-sensitivos

6: vômitos

15: trauma craniano

7: exercícios físicos

16: febre

8: álcool

9: sem dados

DURAÇÃO (duração média das crises)

0: fugaz

4: de 5 a 15 minutos

1: segundos

5: de 15 a 30 minutos

2: segundos, séries repetidas

6: estado de mal (> 30 minutos e/ou crises subentrantes)

3: até 5 minutos

9: sem dados

TIPO DE INFORMAÇÃO

0: filmada

3: descrita pelo paciente

1: observada na consulta médica

4: informada por terceiros

2: observada pelo acompanhante

9: sem dados

NÚMERO DE CRISES EM 24 HORAS APÓS O PRIMEIRO EPISÓDIO

0: nenhuma

2: 02 crises

1: 01 crise

3: > 02 crises

9: sem dados

CAPÍTULO 4

EVOLUÇÃO DA PRIMEIRA CRISE

TEMPO DE SEGUIMENTO

Tempo de acompanhamento do paciente . Deverá ser preenchido em meses. Exemplo: paciente acompanhado por 30 meses, tempo de seguimento = 30.

PERÍODO

Período compreendido entre a primeira crise e o início do seguimento ambulatorial. Deverá ser preenchido em meses, sendo o mínimo de 1 mês.

RECORRÊNCIA

Este item refere-se aos pacientes com primeira crise que sofreram uma segunda crise não provocada. Informa o período compreendido entre a 1ª e a 2ª crises. Para os pacientes que não apresentarem uma 2ª crise, será utilizado o código 0 (zero). Para os pacientes que sofrerem recorrência, digitar o número de meses compreendido entre a 1ª e a 2ª crises. Caso a recorrência tenha se dado em menos de 1 mês, digitar o código 1. Exemplo: paciente sofreu recorrência 3 meses após a primeira crise: recorrência = 3.

ABORDAGEM

Conduta médica dos pacientes com primeira crise ao entrar no estudo.

0: observação; paciente não será tratado com drogas antiepilépticas .

1: tratamento formal, ou seja, nos casos de crise única que apresentarem evidências de origem sintomática remota.

2: tratamento com início fora do Hospital de Clínicas.

3: tratamento social; pacientes com crise única que não preencherem os critérios do código 1, mas que apresentarem dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

4: tratamento (outros); pacientes com crise única que receberam tratamento medicamentoso e que não se enquadram nas três opções acima.

Observação: O tratamento só será considerado quando ultrapassar o tempo necessário para se atingir o nível sérico das drogas antiepilépticas em pacientes com boa aderência ao tratamento e com doses terapêuticas internacionalmente recomendadas, já que o nível sérico das drogas raramente foi obtido, a saber:

fenobarbital	: 28 dias
fenitoína	: 28 dias
carbamazepina	: 28 dias
ácido valpróico	: 28 dias

EVOLUÇÃO DAS CRISES TRATADAS COM MEDICAMENTOS ANTIEPILEPTICAS

ESQUEMA TERAPÊUTICO

Refere-se a uma forma de abordagem terapêutica. Quando houver troca ou associação de novas drogas, passar-se-á ao próximo esquema terapêutico. Da mesma maneira, quando um paciente fizer uso de uma medicação, interromper o tratamento por mais de 30 dias e depois voltar a utilizar o mesmo medicamento, passar-se-á ao próximo esquema terapêutico.

A análise sempre se iniciará pelo esquema terapêutico 0 (zero), que se refere ao período inicial sem qualquer medicação antiepiléptica. Serão estudados rotineiramente até 4 esquemas terapêuticos. Os pacientes que apresentarem mais de 4 esquemas terapêuticos serão estudados à parte (raros pacientes, já que este trabalho é sobre crises e epilepsias de início recente).

ESQUEMA TERAPÊUTICO 0: período sem medicação.

ESQUEMA TERAPÊUTICO 1: primeiro esquema utilizado.

ESQUEMA TERAPÊUTICO 2: segundo esquema utilizado.

ESQUEMA TERAPÊUTICO 3: terceiro esquema utilizado.

ESQUEMA TERAPÊUTICO 4: quarto esquema utilizado.

O algarismo situado após cada um dos itens se refere ao esquema terapêutico estudado. A letra situada após cada algarismo se refere à ordem de introdução dos medicamentos, caso houver associação de drogas.

Cada esquema terapêutico é composto dos seguintes itens:

MEDICAÇÃO

Droga utilizada no esquema estudado. Quando houver mais de um item preenchido, será sinal de associação de drogas. A associação de drogas se fará somente a partir do segundo esquema terapêutico, pois a primeira abordagem terapêutica (esquema terapêutico 1) será sempre com uma única droga antiepiléptica. No segundo esquema terapêutico poderão estar associadas até duas drogas antiepilépticas. No terceiro e quarto esquemas poderão estar associadas até três drogas antiepilépticas.

Exemplo: paciente utilizou fenobarbital no primeiro esquema terapêutico:

MEDICAÇÃO 1: 1

Este mesmo paciente não apresentou resposta satisfatória ao primeiro esquema e foi associado fenitoína ao fenobarbital (segundo esquema):

MEDICAÇÃO 2a: 1

MEDICAÇÃO 2b: 2

CÓDIGOS:

0: nenhuma

6: nitrazepam

13: etosuccimida

1: fenobarbital

7: clobazam

14: diamox

2: fenitoína

8: diazepam

15: vigabatrina

3: carbamazepina

10: prednisona

16: lamotrigine

4: ácido valpróico

11: ACTH

17: outros

5: clonazepam

12: primidona

18: não pertinente

9: sem dados

DOSE: será documentada em miligramas/kilo/dia (mg/k/d)

Exemplo: paciente utilizou fenobarbital no primeiro esquema terapêutico na dose de 3 mg/k/d:

DOSE 1: 3.

Posteriormente foi associada a fenitoína na dose de 5 mg/k/d:

DOSE 2a: 3

DOSE 2b: 5

ALTERAÇÃO DA DOSE

0: não houve alteração da dose

1: dose aumentada

2: dose diminuída

9: sem dados

NÚMERO DE DOSES AO DIA

0: dose única

1: 2 vezes ao dia

2: 3 vezes ao dia

3: 4 vezes ao dia

MESES

Número de meses que durou o esquema estudado.

Exemplo: paciente fez uso de fenobarbital por 18 meses no primeiro esquema terapêutico.

MESES 1: 18

Observação: No esquema terapêutico 0 (zero), o item “meses 0” se refere ao número de meses decorridos entre a primeira crise epiléptica e o início da primeira medicação, ou seja, ao período de tempo sem medicação antiepiléptica.

CRISES

Este item refere-se ao número de crises epilépticas não provocadas ocorridas durante o esquema terapêutico estudado.

Exemplo: durante o primeiro esquema terapêutico o paciente apresentou 3 crises epilépticas não provocadas: **CRISES 1: 3**. Esse mesmo paciente submeteu-se ao segundo esquema terapêutico, não apresentando mais crises: **CRISES 2: 0**

MÉDIA

Média entre o número de crises epilépticas não provocadas e o número de meses que durou o esquema terapêutico estudado. Poderá ser dada em números inteiros ou decimais.

Exemplo: um paciente fez uso de fenobarbital por 10 meses e teve 2 crises epilépticas não provocadas. **MÉDIA: 0,2**. Poderão ser utilizados até 2 algarismos à direita da vírgula.

Exemplo: um paciente apresentou 1 crise epiléptica em 12 meses de tratamento. **MÉDIA: 0,08**.

OS PRÓXIMOS 3 ITENS SÓ SERÃO UTILIZADOS EM ESQUEMAS TERAPÊUTICOS SUPERIORES A 6 MESES.

A: número de crises epilépticas ocorridas durante o primeiro mês de tratamento ou ocorridas durante a utilização de baixas doses de drogas antiepilépticas.

B: número de crises ocorridas após o primeiro mês de tratamento ou ocorridas após o aumento da medicação antiepiléptica.

Exemplo: paciente com 3 anos de idade utilizando fenobarbital na dose de 2 mg/k/dia, apresentou 4 crises não provocadas nos primeiros 2 meses de tratamento. A dose foi aumentada para 3 mg/k/dia e não teve crises nos próximos 12 meses de tratamento.

A: 4 B: 0

B/A: Relação entre o número de crises ocorridas no período B e o número de crises ocorridas no período A. As opções para o preenchimento deste item são:

0: melhora de 100%. Exemplo: A=4 B=0

1: melhora entre 75 a 99%. Exemplo: A=3 B=1

2: melhora entre 50 a 75%. Exemplo: A=2 B=1

3: melhora abaixo de 50%. Exemplo: A=4 B=3

4: crises inalteradas

5: piora do número de crises

6: melhora da severidade e/ou duração das crises sem alterar o seu número.

RELAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DOS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS.

ANÁLISE DA EFICÁCIA DAS DROGAS ANTIEPILEPTICAS.

As médias de crises epiléticas dos esquemas terapêuticos serão comparadas entre si da seguinte forma:

- a última média com a primeira média (média 0).
- a última média com a penúltima média.

As opções para o preenchimento deste item são:

0: melhora de 100%

1: melhora entre 75 a 99%

2: melhora entre 50 a 75%

3: melhora abaixo de 50%

4: crises inalteradas

5: piora do número das crises

6: melhora da severidade e/ou duração das crises sem alterar o seu número.

Observação: O esquema terapêutico que não apresentar boa aderência não poderá ser comparado a outros esquemas terapêuticos para fins de análise de eficácia das drogas antiepilépticas.

Exemplo: um paciente sofreu 2 crises epiléticas dentro de 1 mês. Durante esse período o paciente estava sem medicação antiepiléptica (esquema terapêutico 0).

MÉDIA 0=2/1; MÉDIA 0=2

Esse mesmo paciente foi tratado inicialmente com fenobarbital (esquema terapêutico 1) por 4 meses e apresentou 4 crises epiléticas não provocadas.

MÉDIA 1=4/4; MÉDIA 1=1

A relação entre as médias será: MÉDIA 1 / MÉDIA 0 (1 / 2). Neste caso, a opção para este item será o código 2 (melhora das crises entre 50 a 75%).

O mesmo paciente passou a receber carbamazepina ao invés de fenobarbital (esquema terapêutico 2). Fez uso da droga por 10 meses e não apresentou crises epiléticas.

MÉDIA 2=0 / 10 MÉDIA 2=0

A relação entre as médias será:

A última com a penúltima - MÉDIA 2 / MÉDIA 1 0 / 1 : melhora de 100% das crises, código 0.

A última com a primeira - MÉDIA 2 / MÉDIA 0 0 / 2 : melhora de 100% das crises, código 0.

ADERÊNCIA AO TRATAMENTO

Será considerado aderente ao tratamento o paciente que fizer uso do medicamento conforme orientação médica (ingesta diária e em doses conforme prescrição médica). Será considerado não aderente ao tratamento o paciente que fizer uso irregular da medicação, ou seja, não ingerir o medicamento conforme orientação médica. Quando não ingerir o medicamento por 7 ou mais dias, além da não aderência, o tratamento será também considerado "suspenso" . (Capítulo 11).

0: aderência ao tratamento

2: aderência duvidosa

1: não aderência ao tratamento

9: sem dados

COINCIDÊNCIA ENTRE A NÃO ADERÊNCIA E A OCORRÊNCIA DE CRISES EPILÉPTICAS NÃO PROVOCADAS:

0: sim 1: não 9: sem dados

REMISSÃO DAS CRISES EPILÉPTICAS NÃO PROVOCADAS:

0: até 2 meses 6: entre 25 a 30 meses
1: entre 2 a 5 meses 7: entre 31 a 36 meses
2: entre 6 a 8 meses 8: entre 37 a 48 meses
3: entre 9 a 12 meses 10: > 48 meses
4: entre 13 a 18 meses 9: sem dados
5: entre 19 a 24 meses

CONDUTA EM RELAÇÃO AO ESQUEMA TERAPÊUTICO ESTUDADO:

0: não introdução de medicamentos
1: introdução de medicamentos
2: associação de medicamentos
3: suspensão de medicamentos
4: troca de medicamentos

MOTIVO DA MUDANÇA DE ESQUEMA TERAPÊUTICO:

0: controle inadequado das crises
1: fatores sócio-econômicos
2: reações colaterais
3: outros
4: não houve mudança do esquema terapêutico
9: sem dados

RESUMO DO TRATAMENTO COM DROGAS ANTIEPILEPTICAS:**MONOTERAPIA**

0: não foi utilizada
1: 1 esquema utilizado
2: 2 esquemas utilizados
3: 3 esquemas utilizados
4: 4 esquemas utilizados

POLITERAPIA

0: não utilizada
1: 1 esquema utilizado
2: 2 esquemas utilizados
3: 3 esquemas utilizados

CAPÍTULO 5

ELETROENCEFALOGRAMA -EEG

Adotou-se o modelo de informatização de eletroencefalograma (EEG) do Serviço de Eletroencefalografia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná sob chefia do doutor DUILTON DE PAOLA (1995), com algumas poucas adaptações. Poderão ser documentados até 4 exames por paciente.

Os números situados após cada item referem-se ao EEG estudado (1, para o primeiro EEG estudado, 2 para o segundo EEG, etc...).

Quando um paciente apresentar mais que 4 exames serão informatizados aqueles que mais contribuirão para a análise clínica.

DATA DO ÚLTIMO EPISÓDIO EPILÉPTICO EM RELAÇÃO AO EEG ANALISADO:

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 0: 24 horas (1 dia) | 5: de 15 a 30 dias |
| 1: 2 dias | 6: de 31 a 90 dias |
| 2: 3 dias | 7: de 91 dias a 1 ano |
| 3: de 4 a 7 dias | 8: mais que 1 ano |
| 4: de 8 a 14 dias | 9: sem dados |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA AO SE INICIAR O EEG:

- | | |
|--------------------------------|--------------------|
| 0: consciente e cooperante | 5: Glasgow 13 - 15 |
| 1: consciente e não cooperante | 6: Glasgow 12 - 09 |
| 2: sonolento | 7: Glasgow 08 - 03 |
| 3: torporoso | 9: sem dados |
| 4: comatoso | |

MÉTODOS DE ATIVAÇÃO UTILIZADO DURANTE A REALIZAÇÃO DO EXAME:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| 0: hiperpnéia | 6: fotoestimulação e sono |
| 1: fotoestimulação intermitente | 7: estímulo doloroso |
| 2: sono | 8: outros |
| 3: hiperpnéia e fotoestimulação | 10: não realizado |
| 4: hiperpnéia, fotoestimulação e sono | 9: sem dados |
| 5: hiperpnéia e sono | |

TIPO DE SONO:

- | | |
|--|---|
| 0: sono espontâneo | 5: sonolência induzida por barbitúrico |
| 1: sono induzido por hidrato de cloral | 6: sono/sonolência induzida por barbitúrico |
| 2: sono induzido por barbitúrico | 7: outros |
| 3: sonolência espontânea | 9: não utilizado |
| 4: sonolência induzida por hidrato de cloral | |

RITMO DE BASE:

- | | |
|---|-----------------------------|
| 0: regular | 6: depressão |
| 1: irregular | 7: supressão |
| 2: reduzido potencial, com predomínio de ritmos rápidos | 8: resposta fotoparoxística |
| 3: normal para a idade | 10: outros |
| 4: lento para a idade | 9: sem dados |
| 5: assimétrico | |

ORGANIZAÇÃO DO TRAÇADO:

- 0: organizado
- 1: desorganizado
- 2: lento em surtos
- 3: lento persistente
- 4: atividade paroxística e semi-periódica
- 5: isoeletrico
- 6: crítico
- 7: atividade epileptiforme exclusivamente em sono
- 8: traçado sem condições técnicas de avaliação
- 9: sem dados
- 10: outros

PADRÕES ELETROENCEFALOGRÁFICOS DE SIGNIFICADO NÃO PATOLÓGICO (PADRÕES A)

- | | |
|---|--|
| 0: variante psicomotora (surto de Theta Temporal Rítmico) | |
| 1: ponta-onda fantasma | 5: Wicked-Spike |
| 2: Small Sharp Spike | 6: resposta fotoparoxística/fotomioclônica |
| 3: hipersincronia hipnagógica | 9: sem dados |
| 4: atividade 14-6/segundo | |

PADRÕES ELETROENCEFALOGRÁFICOS DE SIGNIFICADO PATOLÓGICO (PADRÕES B)

- | | |
|--|-----------------------------|
| 0: ondas trifásicas | 4: sharp positivo |
| 1: "Pleds" | 5: coma (alfa-beta-Spindle) |
| 2: "Burst-Suppression" (surto-supressão) | 9: ausente |
| 3: descargas epileptiformes periódicas | |

ATIVIDADE LENTA:

- | | |
|-----------------------|--|
| 0: Delta generalizado | 4: Delta e Theta generalizados |
| 1: Delta localizado | 5: Delta e Theta localizados |
| 2: Theta generalizado | 6: Delta e Theta generalizado com localização predominante |
| 3: Theta localizado | 09: sem dados |

ATIVIDADE EPILEPTIFORME:

- | | |
|--|---------------------------------|
| 0: ponta | 5: ponta-onda atípica irregular |
| 1: Sharp (onda aguda) | 6: poliponta-onda lenta |
| 2: poliponta | 7: poliponta-onda rápida |
| 3: ponta-onda regular (3H ₂) | 8: misto |
| 4: ponta-onda lenta | 9: sem dados |

LATERALIZAÇÃO DA ATIVIDADE EPILEPTIFORME:

- | | | |
|------------|--------------|--------------|
| 0: não há | 2: esquerda | |
| 1: direita | 3: bilateral | 9: sem dados |

LOCALIZAÇÃO PREDOMINANTE ANATÔMICA DA ATIVIDADE EPILEPTIFORME:

- 0: generalizada
- 1: frontal anterior e/ou pré-frontal
- 2: temporal anterior e/ou temporo-frontal
- 3: temporal médio e/ou parieto-central
- 4: temporal posterior e/ou temporo-parieto-occipital
- 5: mesial frontal temporal
- 6: temporal sem detalhar
- 7: occipital
- 8: focal (reversão de fase) sem detalhar
- 10: linha média
- 11: focal com generalização secundária
- 12: síncrona bilateral
- 13: multifocal
- 14: ausente
- 9: sem dados

LOCALIZAÇÃO DE ATIVIDADE EPILEPTIFORME POR ÁREA DE ABRANGÊNCIA:

- 0: generalizada (atividade em ambos os hemisférios cerebrais)
- 1: focal (reversão de fase)
- 2: localizada (atividade limitada a uma região anatômica. Exemplo: frontal)
- 3: lateralizada (atividade abrangendo mais de 1 região anatômica, mais limitada a 1 hemisfério cerebral. Exemplo: região fronto-parietal direita)

- 4: linha média
- 5: generalizada e focal com generalização secundária
- 6: síncrona bilateral
- 7: mesial-frontal-temporal
- 8: multifocal
- 9: ausente

CONCLUSÃO DO ELETROENCEFALOGRAMA (CONCLUSÃO):

- 0: normal
- 1: irregular sem anormalidades específicas
- 2: anormalidade não definida
- 3: atividade epileptiforme
- 4: atividade lenta
- 5: atividade epileptiforme e atividade lenta
- 6: Síndrome de West (Hipssaritmia)
- 7: Síndrome de Lennox-Gastaut
- 8: outros
- 9: silêncio eletrocerebral

NÚMERO DE ELETROENCEFALOGRAMAS REALIZADOS PELO PACIENTE (N):

- 0: nenhum
- 1: 1 exame
- 2: 2 exames
- 3: 3 exames
- 4: 4 ou mais exames

OS PRÓXIMOS 2 ITENS SE REFEREM AOS PACIENTES COM 2 OU MAIS ELETROENCEFALOGRAMAS.

PRIMEIRO ELETROENCEFALOGRAMA (PR EEG):

- 1: normal (conclusão 0,1)
- 2: anormal (conclusão 2, 3, 4, 5)

ÚLTIMO ELETROENCEFALOGRAMA (UL EEG)

- 1: normal (conclusão 0,1)
- 2: anormal (conclusão 2, 3, 4, 5)

CAPÍTULO 6 OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES

Os valores de normalidade dos exames laboratoriais são internacionalmente aceitos na clínica pediátrica (MABRY, 1983, p.1827).

1) TOMOGRAFIA DE CRÂNIO (TAC)

NÚMERO DE EXAMES REALIZADOS:

0: nenhum exame

1: 1 exame

2: 2 exames

3: 3 ou mais exames

9: sem dados

Observação: Poderão ser codificados até 2 exames de TAC.

UTILIZAÇÃO DE CONTRASTE:

0: sim

1: não

9: sem dados

"CONTRASTE 1" : para o primeiro exame e "CONTRASTE 2" para o segundo.

DIAGNÓSTICO:

0: normal

1: calcificação (s)

2: área hipodensa

3: mal formação

4: coleção subdural benigna

9: sem dados

"DIAGNÓSTICO 1" para o primeiro exame e "DIAGNÓSTICO 2" para o segundo.

2) RAIOS X DE CRÂNIO

0: normal

1: calcificação (s)

2: outros

9: sem dados

6) BILIRRUBINAS

Bilirrubina total 1:

Bilirrubina total 2:

Bilirrubina indireta 1:

Bilirrubina indireta 2:

Bilirrubina direta 1:

Bilirrubina direta 2:

7) TRANSAMINASES

Transaminase oxalacética (TGO)

TGO 1:

TGO 2:

Transaminase Pirúvica (TGP)

TGP 1:

TGP 2:

8) AMILASE

Amilase 1:

Amilase 2:

9) FIBRINOGENIO

Fibrinogênio 1:

Fibrinogênio 2:

10) IMUNOGLOBULINAS SÉRICAS

Ig G 1:

Ig G 2:

Ig M 1:

Ig M 2:

Ig A 1:

Ig A 2:

Ig E 1:

Ig E 2:

11) ELETROFORESE DE PROTEÍNAS

Albumina 1:

Albumina 2:

Alfa globulina 1:

Alfa globulina 2:

Beta globulina 1:

Beta globulina 2:

Gama globulina 1:

Gama globulina 2:

12) EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES (EPF)

E P F 1:

E P F 2:

0: não realizado

1: negativo

2: positivo para *Taenia sollium*3: positivo para outras verminoses, exceto *Taenia sollium*

4: poliparasitose (3 ou mais parasitas)

9: sem dados

CAPÍTULO 7

CLASSIFICAÇÃO DAS EPILEPSIAS E SÍNDROMES EPILÉPTICAS

A classificação da Liga Internacional Contra Epilepsia (COMMISSION, 1989, p.389) foi utilizada, com algumas adaptações já descritas no Capítulo de Casuística e Métodos.

DIAGNÓSTICO:

Campo destinado ao diagnóstico da epilepsia e síndromes epiléticas. Neste campo também serão codificados os pacientes que inicialmente foram incluídos no estudo, mas que receberam diagnósticos de perda de fôlego, pseudo-crise e crises não provocadas com mais de 6 meses de história clínica. Nestas 3 situações os pacientes foram seqüencialmente excluídos do estudo. Segue-se a classificação das epilepsias e síndromes epiléticas.

EPILEPSIAS LOCALIZADAS

IDIOPÁTICAS

0: Epilepsia benigna da infância com descarga centro-temporal

1: Epilepsia da infância com paroxísmos occipitais

2: Epilepsia primária da leitura

3: SINTOMÁTICAS

4: Epilepsia parciais contínua progressiva crônica da infância

5: Síndromes com crises caracterizadas por modos específicos de precipitação

LOBO TEMPORAL

6: Epilepsia do lobo temporal (inespecífico)

7: Epilepsia do lobo temporal com crises amigdaló-hipocámpais

8: Epilepsia com crises oriundas do lobo temporal lateral

LOBO FRONTAL

10: Epilepsia do lobo frontal (inespecífico)

11: Epilepsia com crises iniciadas na área motora suplementar

12: Epilepsias com crises iniciadas na cíngulo

13: Epilepsia com crises iniciadas na região frontopolar

14: Epilepsia com crises iniciadas na região fronto-orbitária

15: Epilepsia com crises iniciadas na região dorsolateral

16: Epilepsia com crises iniciadas na região opercular

17: Epilepsia da córtex motor

18: Síndrome de Kojewnikow's

LOBO PARIETAL

19: Epilepsia do lobo parietal

LOBO OCCIPITAL

20: Epilepsia do lobo occipital

21: CRIPTOGÊNICAS**SÍNDROMES E EPILEPSIAS GENERALIZADAS****IDIOPÁTICAS**

22: Convulsão familiar neonatal benigna

23: Convulsão neonatal benigna

24: Epilepsia mioclônica benigna da infância

25: Ausência na infância

26: Ausência juvenil

27: Epilepsia mioclônica juvenil

28: Epilepsia com crises generalizadas tônico-clônicas ao acordar

29: Outras epilepsias idiopáticas generalizadas não definidas acima

30: Epilepsias com crises precipitadas por modos específicos de ativação

CRIPTOGÊNICAS OU SINTOMÁTICAS

31: Síndrome de West

32: Síndrome de Lennox-Gastaut

33: Epilepsia com crises mioclônicas astáticas

34: Epilepsia com crises de ausências e crises mioclônicas

SINTOMÁTICAS**ETIOLOGIA NÃO ESPECÍFICA**

35: Encefalopatia mioclônica precoce

36: Encefalopatia infantil precoce com "supression burst"

37: Outras epilepsias generalizadas sintomáticas não descritas acima

SÍNDROMES ESPECÍFICAS

38: Crises convulsivas complicando uma doença de base

**EPILEPSIAS INDETERMINADAS SE LOCALIZADAS OU GENERALIZADAS
COM CRISES LOCALIZADAS E GENERALIZADAS**

39: Crises neonatais

40: Epilepsia mioclônica severa da infância

41: Epilepsia com ponta-onda contínua durante o sono não REM

42: Afasia epiléptica adquirida (Síndrome de Landau-Kleffner)

43: Outras epilepsias indeterminadas não descritas acima

44: EPILEPSIA COM CRISES NÃO DEFINIDAS SE LOCALIZADAS OU GENERALIZADAS

SÍNDROMES ESPECIAIS

45: Convulsão febril

46: Crises isoladas ou estado de mal isolado

47: Crises ocorridas durante alterações metabólicas

48: Crises de perda de fôlego

49: Pseudo-crise

50: Crises epilépticas com mais de 6 meses de história

CLASSIFICAÇÃO DAS CRISES EPILÉPTICAS CONFORME A ETIOLOGIA

ETIOLOGIA: Campo destinado a classificar as crises epilépticas não provocadas em idiopáticas, criptogênicas ou sintomáticas remotas, conforme definições no Capítulo de Casuística e Métodos.

0: idiopática

1: criptogênica

2: sintomática

3: sintomática remota

4: não pertinente

9: sem dados

Quando as crises forem sintomáticas, o fator etiológico será analisado no campo ORIGEM. Crises idiopáticas ou criptogênica receberão o código 10.

Códigos:

0: neurocisticercose

1: traumatismo crânio-encefálico

2: tumor do sistema nervoso central (SNC)

3: hipoglicemia neonatal

4: seqüela de infecção do SNC

5: Doenças crônicas intra-útero

6: Toxoplasmose congênita

7: Citomegalovirose congênita

8: Herpes congênito e/ou neonatal

10: não pertinente

11: facomatoses

12: mal formação do SNC

13: sofrimento fetal agudo

14: atraso do desenvolvimento psicomotor

9: sem dados

CAPÍTULO 8

EFEITOS COLATERAIS DAS DROGAS ANTIEPILÉPTICAS

MONOTERAPIA

Serão estudados até 3 medicamentos por paciente. Os campos "DROGA 1", "DROGA 2", e "DROGA 3" referem-se ao primeiro, segundo e terceiro medicamento utilizado por um mesmo paciente.

Códigos para o preenchimento dos 3 campos acima:

0: fenobarbital	8: prednisona
1: fenitoína	10: ACTH
2: carbamazepina	11: primidona
3: ácido valpróico	12: etosuccimida
4: clonazepam	13: diamox
5: nitrazepam	14: vigabatrina
6: clobazam	15: lamotrigine
7: diazepam	9: sem dados

Observação: Poderão ser codificados até 2 efeitos colaterais por medicamento. Os campos referentes aos efeitos colaterais das drogas são:

"DROGA 1a" e "DROGA 1b" para a primeira medicação utilizada.

"DROGA 2a" e "DROGA 2b" para a segunda medicação e

"DROGA 3a" e "DROGA 3b" para a terceira medicação

Códigos:

0: nenhum efeito colateral

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

- 1: sonolência
- 2: irritabilidade
- 3: baixo rendimento escolar
- 4: ataxia
- 5: vertigem
- 6: nistagmo
- 7: disartria
- 8: distúrbios de conduta
- 10: cefaléia
- 11: enurese
- 12: tremores
- 13: apatia
- 14: alteração da função cognitiva
- 15: coreoatetose paroxística
- 16: diplopia

- 17: confusão mental
- 18: visão pouco nítida
- 19: agressividade
- 20: hiperatividade
- 21: distúrbios específicos do aprendizado
- 22: hipotonia
- 23: depressão
- 24: tontura, vertigem
- 25: distúrbios do equilíbrio e coordenação
- 26: impotência
- 27: diminuição do libido
- 28: neuropatia periférica

DISTÚRBIOS DO SISTEMA HEMATOPOIÉTICO E GASTROINTESTINAL:

- 29: trombocitopenia
- 30: leucopenia
- 31: eosinofilia
- 32: pancitopenia
- 33: neutropenia
- 34: agranulocitose
- 35: anemia aplástica
- 36: depressão da medula óssea
- 37: dor abdominal
- 38: gastrite
- 39: pancreatite
- 40: náuseas, vômitos

DISTÚRBIOS DA FUNÇÃO HEPÁTICA:

- 41: anormalidades colestáticas e hepatocelulares
- 42: icterícia
- 43: insuficiência hepática
- 45: hiperamonemia
- 46: aumento da fosfatase alcalina

DISTÚRBIOS METABÓLICOS

- 47: hiponatremia

PELE, MUCOSA E FÂNEROS

- 48: exantema
- 49: Síndrome de Steven-Johnson
- 50: hirsutismo
- 51: perda de cabelo

52: mudança de cor do cabelo

53: hipertrofia de gengivas

OUTROS SINTOMAS:

55: febre

56: fadiga

57: hipersecreção de saliva e de brônquios

58: diminuição de Ig A e Ig M

60: Síndrome de Cushing

61: hipertensão arterial

DISTÚRBIOS DO SISTEMA CARDIOVASCULAR

62: insuficiência cardíaca congestiva

63: alteração da condução cardíaca

64: distúrbios teratogênicos

9: sem dados

POLITERAPIA

As associações utilizadas na politerapia serão definidas como "ASSOCIAÇÃO 1", "ASSOCIAÇÃO 2", e "ASSOCIAÇÃO 3", no caso de haver 1, 2 ou 3 associações medicamentosas diferentes em um mesmo paciente.

Associação 1:

Medicação 1a: ____ + Medicação 1b: ____

Associação 2:

Medicação 2a: ____ + Medicação 2b: ____ + Medicação 2c: ____

Associação 3:

Medicação 3a: ____ + Medicação 3b: ____ + Medicação 3c: ____

Os códigos para o preenchimento dos campos acima são os mesmos utilizados na monoterapia.

Os possíveis efeitos colaterais observados nas associações serão codificados nos campos:

"Associação 1a" : ____ "Associação 1b" : ____

"Associação 2a" : ____ "Associação 2b" : ____

"Associação 3a" : ____ "Associação 3b" : ____

Observação: Poderão ser codificados até 2 efeitos colaterais por associação medicamentosa.

Os códigos são os mesmos utilizados na monoterapia.

CONDUTA FRENTE AOS EFEITOS COLATERAIS OBSERVADOS:

Códigos:

Os campos "dg 1", "dg 2" e "dg 3" são destinados a documentar a conduta frente aos efeitos colaterais das drogas utilizadas na forma de monoterapia, definidas nos campos "DROGA 1", "DROGA 2" e "DROGA 3".

Os campos "ASSOC 1", "ASSOC 2" E "ASSOC 3" são destinados a documentar a conduta frente aos efeitos colaterais da associação 1, associação 2 e associação 3, respectivamente.

- 0: mantida, com a resolução do efeito colateral
- 1: diminuição da dose e resolução do efeito colateral
- 2: mantida, com a persistência ao efeito colateral
- 3: suspensão da medicação
- 4: sem efeitos colaterais
- 9: sem dados

CAPÍTULO 9 SUSPENSÃO DA MEDICAÇÃO

Este capítulo analisará a evolução do paciente após a suspensão da medicação (s). O período da suspensão será considerado a partir do momento que o paciente estiver utilizando doses subclínicas (esquema de retirada). Quando o paciente fizer uso irregular (não aderência) e suspender a medicação por 7 ou mais dias, além da não aderência, o tratamento será considerado suspenso.

TEMPO 1: Tempo de tratamento com a primeira medicação (em meses).

SUSPENSÃO 1: Suspensão da medicação pela primeira vez.

0: não 1: sim 9: sem dados

TEMPO 2: Tempo de seguimento após a primeira suspensão (em meses)

RECORRÊNCIA 1: Houve recorrência após a primeira suspensão?

0: não 1: sim 9: sem dados

TEMPO 3: Quanto tempo após a primeira suspensão ocorreu a recorrência? (em meses)

ORDEM MÉDICA 1: A suspensão da medicação pela primeira vez foi por ordem médica?

0: não 1: sim 9: sem dados

CONDUTA 1: Conduta nesse momento:

0: observação 1: reiniciada medicação 9: sem dados

TEMPO 4: Tempo de tratamento após a primeira reintrodução de medicamentos (em meses).

SUSPENSÃO 2: Suspensão da medicação pela segunda vez?

0: não 1: sim 9: sem dados

TEMPO 5: Tempo de seguimento após a segunda suspensão (em meses).

RECORRÊNCIA 2: Houve recorrência após a segunda suspensão?

0: não 1: sim 9: sem dados

TEMPO 6: Quanto tempo após a segunda suspensão ocorreu a recorrência? (em meses).

ORDEM MÉDICA 2: A suspensão da medicação pela segunda vez foi por ordem médica?

0: não 1: sim 9: sem dados

CONDUTA 2: Conduta nesse momento.

0: observação 1: reintrodução de medicamentos 9: sem dados

CAPÍTULO 10

COMPORTAMENTO DA CRIANÇA - AVALIAÇÃO DOS PAIS

Elaborou-se um questionário para ser respondido por um dos pais do paciente. Nos casos de dificuldade de leitura ou interpretação, o Serviço de Assistência Social do Hospital de Clínicas ajudou no seu preenchimento. Tentou-se interferir o mínimo possível na resposta dos pais. Todas as crianças foram acompanhadas por um período mínimo de 6 meses antes da aplicação do questionário.

O comportamento da criança foi estudado através de perguntas simples, as quais têm como opção de resposta os termos: NUNCA, ÀS VEZES, FREQUENTEMENTE e SEMPRE.

PARENTESCO: parentesco da pessoa que respondeu o questionário:

0: mãe 1: pai 2: irmão 3: outros 9: sem dados

MEDICAÇÃO 1: medicação em uso na época do preenchimento do questionário. Quando mais de um item estiver preenchido (medicação 2.; medicação 3:), haverá associação de medicamentos antiepilépticos.

0: nenhuma	5: clonazepam	11: ACTH	16: lamotrigine
1: fenobarbital	6: nitrazepam	12: primidona	17: outros
2: fenitoína	7: clobazam	13: etosuccimida	9: sem dados
3: carbamazepina	8: diazepam	14: diamox	
4: ácido valpróico	10: prednisona	15: vigabatrina	

MEDICAÇÃO 1: MEDICAÇÃO 2: MEDICAÇÃO 3:

ESCOLARIDADE: escolaridade do paciente no momento do preenchimento do questionário.

0: maternal	6: 5ª série	13: 11ª série
1: pré-primário	7: 6ª série	14: > 11ª série
2: 1ª série	8: 7ª série	15: creche
3: 2ª série	10: 8ª série	16: outros
4: 3ª série	11: 9ª série	9: sem dados
5: 4ª série	12: 10ª série	

FREQUENTA ESCOLA? Se o paciente freqüentar escola na época do preenchimento do questionário.

0: sim 1: não 9: sem dados

FREQUENTOU ESCOLA? Esta pergunta se refere aos pacientes que não estiverem freqüentando escola na época do preenchimento do questionário.

0: sim 1: não 9: sem dados

RELAÇÃO ENTRE A IDADE CRONOLÓGICA E O NÍVEL DE ESCOLARIDADE

IDADE/ESC: para análise deste dado adotou-se como parâmetro a idade de 7 anos correspondendo ao primeiro ano do primeiro grau e assim sucessivamente. As opções para o preenchimento deste item são:

0: adequada 1: atraso de 1 ano 2: atraso de 2 anos
3: atraso maior que 2 anos 9: sem dados

HOUVE REPETÊNCIA ESCOLAR ANTES DO INÍCIO DAS CRISES EPILÉPTICAS?
(REPETÊNCIA 1):

0: sim 2: não 9: sem dados

HOUVE REPETÊNCIA(S) ESCOLAR(ES) APÓS O INÍCIO DA MEDICAÇÃO ANTIEPILEPTICA?
(REPETÊNCIA 2)

0: sim 2: não 9: sem dados

QUAL MEDICAÇÃO ESTAVA SENDO UTILIZADA NA ÉPOCA DA REPETÊNCIA? (QUAL MED 1).
Caso houver associação de drogas o item "QUAL MED 2" também deverá ser utilizado. Os códigos para esta pergunta são os mesmos do item MEDICAÇÃO 1.

TIPOS DE ESCOLA: que tipo de escola que o paciente frequenta?

1: regular, sem apoio 2: regular, com apoio 3: classe especial
4: escola especial 6: outros

FAMILIARES COM DIFICULDADES ESCOLARES? (F DIF ESC 1). Caso houver mais de 1 familiar com dificuldades escolares, os itens F DIF ESC 2 e F DIF ESC 3 também deverão ser preenchidos.

1: não 2: pai 3: mãe 4: irmão(s)
5: primo(s) 6: tio(s) 7: avós 9: sem dados

O comportamento da criança foi estudado através de 10 perguntas simples, as quais têm como opção de resposta os temas: NUNCA, ÀS VEZES, FREQUENTEMENTE e SEMPRE.

INQUIETO, HIPERATIVO:

IMPULSIVO:

INCOMODA OUTRAS CRIANÇAS:

NÃO TERMINA AS ATIVIDADES QUE COMEÇA:

IRRITADO:

SE DISTRAI FACILMENTE:

SE FRUSTRA FACILMENTE:

CHORA FACILMENTE:

MUDA DE HUMOR FACILMENTE:

TEMPERAMENTO EXPLOSIVO E COMPORTAMENTO IMPREVISÍVEL:

As próximas 40 perguntas se referem ao comportamento da criança. Os professores e/ou supervisores responderão as perguntas utilizando-se das respostas:

1: nunca 2: às vezes 3: freqüentemente 4: sempre.

As 10 primeiras perguntas também foram feitas aos pais no Capítulo 10.

- 1: HIPERATIVO, INQUIETO.
- 2: IMPULSIVO.
- 3: INCOMODA OUTRAS CRIANÇAS.
- 4: NÃO TERMINA AS ATIVIDADES QUE COMEÇA.
- 5: IRRITADO.
- 6: SE DISTRAI FACILMENTE.
- 7: SE FRUSTRA FACILMENTE.
- 8: CHORA FACILMENTE.
- 9: MUDA DE HUMOR FACILMENTE.
- 10: TEMPERAMENTO EXPLOSIVO, COMPORTAMENTO IMPREVISÍVEL.
- 11: GAZEADOR DE AULAS.
- 12: DESTRÓI OBJETOS PESSOAIS OU DE OUTRAS PESSOAS.
- 13: BRIGA COM OUTRAS CRIANÇAS.
- 14: SE PREOCUPA DEMASIADAMENTE
- 15: PERMANECE A MAIOR PARTE DO TEMPO SOZINHO.
- 16: É INFELIZ, TRISTE, DISTRAÍDO.
- 17: APRESENTA MANEIRISMOS, TICS NA FACE OU NO CORPO.
- 18: CHUPA DEDO.
- 19: RÓI UNHAS.
- 20: TENDE A SE AUSENTAR DA ESCOLA POR MOTIVOS TRIVIAIS.
- 21: É DESOBEDIENTE.
- 22: MENTE.
- 23: EXAGERADAMENTE DETALHISTA.
- 24: FURTOU OBJETO EM UMA OU MAIS VEZES.
- 25: DEFECOU OU URINOU-SE NA ESCOLA ESTE ANO.
- 26: QUEIXA-SE DE DORES.
- 27: TEM TIDO CRISES DE CHORO QUANDO CHEGA À ESCOLA OU TEM SE NEGADO A ENTRAR NO PRÉDIO DA ESCOLA ESTE ANO.
- 28: APRESENTA GAGUEIRA.
- 29: APRESENTA OUTRAS DIFICULDADES NA LINGUAGEM.
- 30: PROVOCA OUTRAS CRIANÇAS.
- 31: É RETRAÍDO.
- 32: POSSUI SENSO DE HUMOR.
- 33: RESPEITA OS SENTIMENTOS DOS OUTROS.
- 34: APRESENTA AUTO-ESTIMA.

- 35: DEMONSTRA ENTUSIASMO POR ATIVIDADES ACADÊMICAS.
- 36: NÃO GOSTA DE REALIZAR AS TAREFAS DE CASA.
- 37: SE SENTE MOTIVADO A ENFRENTAR SITUAÇÕES QUE SÃO DIFÍCEIS PARA ELE.
- 38: É LÍDER DE OUTRAS CRIANÇAS.
- 39: PARTICIPA DAS ATIVIDADES DE GRUPO NA SALA DE AULA.
- 40: TENDE A SEGUIR ATIVIDADES PLANEJADAS POR OUTROS COLEGAS.

QUÃO BEM A PESSOA QUE RESPONDEU O QUESTIONÁRIO CONHECE O ALUNO?

- 1: muito bem.
- 2: razoavelmente bem.
- 3: não muito bem.
- 9: sem dados

FUNÇÃO:

- 1: professora
- 2: supervisora
- 3: diretora
- 4: orientadora
- 5: outra
- 9: sem dados

MENCIONE QUAISQUER OUTRAS INFORMAÇÕES QUE POSSAM NOS AJUDAR NA ABORDAGEM DESTA CRIANÇA:

ENDEREÇO _____

DATA _____

TELEFONE: _____

ANEXO 2

HISTÓRIA CLÍNICA E ANAMNESE - FICHA INICIAL

Nome: _____ Reg. HC. _____ N° _____

Nascimento: ____/____/____ Masc: _____ Fem: _____

Procedência: _____ Cor: _____ Data: ____/____/____

História Mórbida Atual (Descrição das Crises) _____

Atendentes Gest/Obst. _____

Hist. Familiar _____

Hist. Mórbida Progressa _____

D.P.M. _____

Antecedentes Epidemiológicos _____

Exame Físico Geral _____ Peso _____ Estat. _____ P.C. _____

Exame Neurológico _____

E.E.G N° _____ / ____ / ____ N. AN. _____

_____ / ____ / ____ N. AN. _____

_____ / ____ / ____ N. AN. _____

Radiologia _____ / ____ / ____ N. AN. _____

T.A.C. _____ / ____ / ____ N. AN. _____

Liquor _____ / ____ / ____ N. AN. _____

Sangue (Weimberg) _____ / ____ / ____ N. AN. _____

Hemograma _____ / ____ / ____ N. AN. _____

SGOT, SGTP, Amilares _____ / ____ / ____ N. AN. _____

Fezes, Urina _____ / ____ / ____ N. AN. _____

Outros _____ / ____ / ____ N. AN. _____

Observações: _____

Diagnóstico: Tipo de crises _____

Síndrome Epiléptico _____

Terapêutica

Anterior	Dose Diária	Duração	Controle Crise	Nível	Efeito Colat.
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ANEXO 3

HISTÓRIA CLÍNICA - FICHA DE EVOLUÇÃO

Nome: _____

DATA IDADE	DESCRIÇÃO DA CRISE (TIPO, FREQ, ULT. CRISE)	EXAMES COMPLEMENTARES	DROGAS DOSE MG/KG/DIA	NÍVEL SÉRICO	EFEITOS COLATERAIS, OBS. PESO, ESTAT., P.C

ANEXO 4 - DADOS COLETADOS

CARACTERÍSTICAS GERAIS

NÚMERO	SEXO	IDADE	COR	RENDA
	masc=1; fem=2	(em meses)	branca=1; outras=2,3,4,5; sem dados=9	até 1/2 s.m.=1; > 1/2 a 1 s.m.=2; > 1 a 2 s.m.=3; > 2 s.m.=4; sem dados=9
1	2			
2	2	152	9	
4	2			
5	1	28	1	1
6	1			
7	2	24	3	1
8	1	204	3	2
9	1		1	1
11	1			
12	1		2	3
14	1	96	1	3
16	2			
17	2	84		
18	1			
19	2			
20	1			
21	1			
22	1	84	1	3
24	2	72	1	2
25	2	67		
26	1	120	1	1
27	1			
28	1	144	3	1
29	2	154		
31	1	60	2	3
34	2	84	1	1
35	2	192	3	2
36	2			
37	1			
38	1			
39	2	48	3	1
41	1	192	3	1
43	1			
45	2			
46	2	108	3	1
47	1			
48	1			
49	2			
51	1	70	1	1
53	1	132	1	2
54	2			
55	1	60	2	3
56	2	120	3	2
57	1	92	1	2
58	2			

NÚMERO	SEXO	IDADE	COR	RENDA
	masc=1; fem=2	(em meses)	branca=1; outras=2,3,4,5; sem dados=9	até 1/2 s.m.=1; > 1/2 a 1 s.m.=2; > 1 a 2 s.m.=3; > 2 s.m.=4; sem dados=9
59	2	96	1	3
60	2			
61	2	156	1	3
62	2	204	1	4
63	1			
64	1			
65	1			
66	2	144	2	1
67	2	36	1	3
68	1	36	1	3
69	1	12		
70	2	106	1	1
71	2	108	1	3
72	2	192	1	2
73	2	120	1	2
74	2	97	1	3
75	2	76	1	3
76	2	145		
79	2	24		
80	1	137	1	1
81	1	11	1	3
82	2	83	2	1
83	1	19		
84	1	17		
85	1	124	3	2
87	1	3	1	1
88	2	147		
89	1	50	1	9
90	2	132		
91	2	49		
92	1	48		
94	1	108	2	2
95	2	85		
96	2	116	1	1
98	1	153	1	2
100	1	86		
101	1	148		
102	1	148	1	3
103	1	104		
105	1	96	2	2
106	2	78	1	1
108	1	42		
109	1	14	3	1
110	2	126	1	2
111	1	156	1	4
112	1	75	1	2
113	1	46	1	1
114	1	144		

NÚMERO	SEXO	IDADE	COR	RENDA
	masc=1; fem=2	(em meses)	branca=1; outras=2,3,4,5; sem dados=9	até 1/2 s.m.=1; > 1/2 a 1 s.m.=2; > 1 a 2 s.m.=3; > 2 s.m.=4; sem dados=9
115	1	92		
116	1	18	1	1
117	2	72	1	1
118	1	18		
119	1	132	1	3
120	1	78		
121	1	140	1	3
122	1	22		
123	2	20		
124	2	79	1	3
125	2	163		
126	1	72		
127	1	156	1	2
128	1	34		
129	2	23		
130	2	3	1	1
131	1	126		
132	2	40	3	1
133	1	127	1	2
134	1	8		
135	2	106		
136	1	136	1	3
137	2	132	1	4
140	1	29	1	2
141	1	161		
142	2	149	3	2
145	1	23	1	3
146	2	80	3	1
148	1	151	1	3
149	2	41	1	2
150	2	121	1	3
151	2	123	1	1
152	2	158	1	1
153	1	45		
154	1	107	1	2
155	2	89		
156	2	117	3	1
157	1	162	1	3
159	1	119		
160	1	155	3	2
161	2	117		
162	2	121	3	1
164	1	102	1	2
165	2	72		
167	1	29	1	4
170	1	144	1	2
171	2	152	1	1
172	2	63	1	3

NÚMERO	SEXO	IDADE	COR	RENDA
	masc=1; fem=2	(em meses)	branca=1; outras=2,3,4,5; sem dados=9	até 1/2 s.m.=1; > 1/2 a 1 s.m.=2; > 1 a 2 s.m.=3; > 2 s.m.=4; sem dados=9
173	1	143	1	2
174	1	144		
175	2	169	1	2
176	2	13	1	3
177	1	155	1	1
179	1	10	1	2
180	1	90	1	2
181	2	115	1	1
182	1	25		
183	2	17		
184	2	8		
185	1	125		
186	1	105		
187	1	11		
188	2	158	1	1
189	1	148	1	3
190	1	28	1	1
191	1	38		
192	1	140	3	1
193	2	61		
194	1	127	1	2
195	1	148		
196	2	80		
197	2	64	1	4
199		21		
200	1	157	1	1
202	1	36		
203	1	38	3	1
204	1	131	1	3
205	1	108		
206	1	108	1	1
207	2	96	1	3
208	1	8	1	1
209	1	68	3	1
211	2	114	1	1
212	1	31	1	2
213	1	121		
214	1	120	1	2
215	1	24		
216	2	49		
217	2	122		
218	2	74	3	1
219	1	44		
220	1	149		
221	1	117		
222	1	146	1	1
223	2	38		
224	1	76		

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

NÚMERO	PESO NASCIMENTO (PN) >4000g=0; 2500 a 4000g=1; 1500a 2499g=2; <1500g=3; sem dados=9	INTERCORRENCIAS GINECO-OBSTETRICAS		
		PRÉ-NATAL1 sim=0,1,3,4; não=5; sem dados=9	PERINATAL1 sim=0,1,4; não=3; sem dados=9	NEONATAL1 sim=0,1,2,3,4,5; não=6; sem dados=9
1	1	5	3	6
2	1	5	3	6
4	9	9	9	9
5	1	5	3	6
6	9	9	9	9
7	9	3	9	9
8	1	5	3	6
9	1	5	3	6
11	1	5	3	6
12	1	5	3	6
14	1	5	3	6
16	1	5	3	6
17	1	5	3	6
18	2	0	9	9
19	9	9	9	9
20	1	5	3	6
21	1	5	3	6
22	1	0	0	0
24	1		0	0
25	1	5	3	6
26	2	4	1	3
27	1	5	3	6
28	1	5	3	6
29	1	5	3	6
31	1	5	3	6
34	1	5	3	6
35	2	3	3	6
36	1	5	3	6
37	1	5	3	6
38	1	5	3	6
39	1	5	3	6
41	1	5	3	6
43	1	5	3	6
45	1	5	3	6
46	1	5	3	6
47	1	5	3	6
48	9	9	9	9
49	9	3	9	9
51	1	5	3	6
53	9	9	9	9
54	1	5	3	6
55	1	5	3	6
56	1	5	3	6
57	9	9	9	9
58	1	5	3	6
59	2	3	1	3

NÚMERO	PESO NASCIMENTO (PN) >4000g=0; 2500 a 4000g=1; 1500a 2499g=2; <1500g=3; sem dados=9	INTERCORRENCIAS GINECO-OBSTETRICAS		
		PRÉ-NATAL1	PERINATAL1	NEONATAL1
		sim=0,1,3,4; não=5; sem dados=9	sim=0,1,4; não=3; sem dados=9	sim=0,1,2,3,4,5; não=6; sem dados=9
60	1	5	3	6
61	1	5	3	6
62	1	5	3	6
63	0	5	3	6
64	1	5	3	6
65	1	5	3	6
66	1	5	3	6
67	0	5	3	6
68	1	5	3	6
69	1	5	3	6
70	1	5	3	6
71	2	0	4	0
72	9	9	9	9
73	1	5	3	6
74	1	5	3	6
75	1	5	3	6
76	1	5	3	6
79	1	5	3	6
80	1	5	3	6
81	1	5	3	6
82	1	5	3	6
83	1	5	3	6
84	1	5	3	6
85	1	5	3	6
87	1	5	3	6
88	1	5	3	6
89	1	5	3	6
90	1	5	3	6
91	1	5	3	6
92	1	5	3	6
94	1	5	3	6
95	1	5	3	6
96	9	9	9	9
98	1	5	3	6
100	1	5	3	6
101	1	5	3	6
102	1	5	3	6
103	1	5	3	6
105	2	5	3	6
106	1	5	3	6
108	1	5	3	6
109	1	5	3	6
110	1	3	0	6
111	1	5	3	6
112	1	5	3	6
113	1	5	3	6
114	1	5	3	6
115	1	5	3	6
116	1	5	3	6

NÚMERO	PESO NASCIMENTO (PN) >4000g=0; 2500 a 4000g=1; 1500a 2499g=2; <1500g=3; sem dados=9	INTERCORRENCIAS GINECO-OBSTETRICAS		
		PRÉ-NATAL1	PERINATAL1	NEONATAL1
		sim=0,1,3,4; não=5; sem dados=9	sim=0,1,4; não=3; sem dados=9	sim=0,1,2,3,4,5; não=6; sem dados=9
117	1	5	3	6
118	1	5	3	6
119	1	5	3	6
120	9	5	1	6
121	1	5	3	6
122	1	5	3	6
123	1	5	3	6
124	2	5	3	6
125	1	5	3	6
126	1	5	3	6
127	1	5	3	6
128	1	5	3	6
129	1	5	3	6
130	1	5	3	6
131	1	5	3	6
132	2	0	3	5
133	1	5	3	6
134	1	5	3	6
135	1	5	3	6
136	1	5	3	6
137	1	5	3	6
140	1	5	3	6
141	1	5	3	6
142	2	5	3	6
145	1	5	6	3
146	2	5	3	6
148	1	5	3	6
149	1	5	3	6
150	1	5	3	6
151	1	5	3	6
152	1	5	3	6
153	1	5	3	6
154	1	5	6	5
155	1	5	3	6
156	1	5	3	6
157	1	5	3	6
159	1	5	3	6
160	9	9	9	9
161	1	5	3	6
162	1	5	3	6
164	1	5	3	6
165	1	5	3	6
167	1	5	3	6
170	1	5	3	6
171	1	5	3	6
172	1	5	3	6
173	1	5	3	6
174	1	5	3	6
175	1	5	3	6

NÚMERO	PESO NASCIMENTO (PN) >4000g=0; 2500 a 4000g=1; 1500a 2499g=2; <1500g=3; sem dados=9	INTERCORRENCIAS GINECO-OBSTETRICAS		
		PRÉ-NATAL1	PERINATAL1	NEONATAL1
		sim=0,1,3,4; não=5; sem dados=9	sim=0,1,4; não=3; sem dados=9	sim=0,1,2,3,4,5; não=6; sem dados=9
176	1	5	3	6
177	1	5	3	6
179	1	5	3	9
180	1	5	3	6
181	1	5	3	6
182	1	5	3	6
183	1	5	3	6
184	1	5	4	6
185	1	5	3	6
186	1	5	3	6
187	1	5	3	6
188	1	5	3	6
189	1	5	3	6
190	1	5	3	6
191	1	5	3	6
192	1	5	3	6
193	1	5	3	6
194	1	5	3	6
195	1	5	3	6
196	1	5	3	6
197	1	5	3	6
199	1	5	3	6
200	1	5	3	6
202	1	5	3	6
203	1	5	3	6
204	1	5	3	6
205	1	5	3	6
206	2	5	3	6
207	1	5	3	6
208	1	5	3	6
209	1	5	3	6
211	1	5	3	6
212	1	5	3	6
213	1	5	3	6
214	1	5	3	6
215	1	5	3	6
216	1	5	3	6
217	1	5	3	6
218	1	5	3	6
219	1	5	3	6
220	1	5	3	6
221	1	5	3	6
222	1	5	3	6
223	1	5	3	6
224	2	5	3	6

HISTÓRIA FAMILIAR E EXAME NEUROLÓGICO

NÚMERO	HISTÓRIA FAMILIAR DE CRISE		HISTÓRIA MÓRBIDA	EXAME
	EPILEPSIA1	CRISE ÚNICA1	PREGRESSA (HMP1)	NEUROLÓGICO
	sim=1 a 6; não=0; sem dados=9	sim=1 a 6; não=0; sem dados=9	sim=1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13,14; não=0;sem dados=9	normal=0;anormal=1,2,3,4,5,6,7,8,10;sem dados=9
1	5	0	0	0
2	0	1	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	1	6
6	4	0	0	0
7	4	0	0	0
8	6	9	6	0
9	6	0	0	0
11	0	0	0	0
12	5	0	0	0
14	4	0	1	0
16	4	0	0	0
17	0	0	0	0
18	3	0	0	0
19	0	0	0	0
20	4	0	0	0
21	1	0	0	0
22	0	0	0	0
24	1	0	1	0
25	0	0	0	0
26	3	0	0	5
27	6	0	0	0
28	4	0	0	0
29	9	9	0	0
31	0	0	0	0
34	4	0	1	0
35	0	0	2	0
36	1	0	2	0
37	4	0	0	0
38	4	0	0	0
39	0	0	0	0
41	2	0	0	0
43	1	0	0	0
45	0	0	0	0
46	4	0	0	0
47	0	0	0	0
48	9	9	0	0
49	6	0	0	0
51	0	0	0	0
53	9	9	1	0

NÚMERO	HISTÓRIA FAMILIAR DE CRISE		HISTÓRIA MÓRBIDA	EXAME
	EPILEPSIA1	CRISE ÚNICA1	PREGRESSA (HMP1)	NEUROLÓGICO
	sim=1 a 6; não=0; sem dados=9	sim=1 a 6; não=0; sem dados=9	sim=1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13,14; não=0;sem dados=9	normal=0;anormal=1,2,3,4,5,6,7,8,10;sem dados=9
54	0	0	0	0
55	5	0	0	0
56	4	0	0	0
57	9	9	2	0
58	0	0	0	0
59	0	0	0	0
60	0	0	0	0
61	0	0	0	0
62	3	0	0	0
63	0	0	0	0
64	0	5	0	0
65	0	0	0	0
66	0	0	0	0
67	4	0	0	0
68	0	0	0	0
69	0	0	0	0
70	0	0	11	0
71	4	0	0	0
72	9	9	0	0
73	0	0	0	0
74	0	0	0	0
75	0	0	0	0
76	4	0	0	7
79	0	0	0	0
80	0	0	0	0
81	0	0	0	0
82	0	0	0	0
83	4	0	0	0
84			0	0
85	4	0	10	0
87	5	0	0	10
88	0	0	1	0
89	0	0	0	0
90	0	4	0	0
91	4	0	13	0
92	0	0	0	0
94	0	0	10	0
95	4	0	0	0
96	9	9	0	0
98	6	0	0	0
100	4	0	10	0
101	4	0		0

NÚMERO	HISTÓRIA FAMILIAR DE CRISE		HISTÓRIA MÓRBIDA	EXAME
	EPILEPSIA1	CRISE ÚNICA1	PREGRESSA (HMP1)	NEUROLÓGICO
	sim=1 a 6; não=0; sem dados=9	sim=1 a 6; não=0; sem dados=9	sim=1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13,14; não=0;sem dados=9	normal=0;anormal=1,2,3,4,5,6,7,8,10;sem dados=9
102	4	0	0	0
103	4	0	0	0
105	0	0	0	5
106	1	0	0	0
108	6	0	0	0
109	3	0	0	0
110	6	0	12	0
111	4	0	1	0
112	0	0	0	0
113	0	0	0	0
114	4	0	0	7
115	6	0	0	0
116	4	0	10	0
117	0	0	0	0
118	2	0	1	10
119	0	1	0	0
120	0	0	0	0
121	0	0	0	0
122	4	0	0	0
123	3	0	0	0
124	0	0	10	7
125	4	0	0	0
126	0	0	0	0
127	0	0	0	0
128	3	0	0	0
129	3	0	0	10
130	0	0	0	0
131	0	0	0	0
132	6	0	10	0
133	1	0	0	0
134	0	0	0	0
135	5	0	12	0
136	0	0	0	0
137	0	0	0	0
140	0	1	0	0
141	5	0	0	0
142	0	0	2	0
145	4	0	0	0
146	0	0	0	0
148	4	3	0	8
149	0	0	0	0
150	0	6	1	0

NÚMERO	HISTÓRIA FAMILIAR DE CRISE		HISTÓRIA MÓRBIDA	EXAME
	EPILEPSIA1	CRISE ÚNICA1	PREGRESSA (HMP1)	NEUROLÓGICO
	sim=1 a 6; não=0; sem dados=9	sim=1 a 6; não=0; sem dados=9	sim=1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13,14; não=0;sem dados=9	normal=0;anormal=1,2,3,4,5,6,7,8,10;sem dados=9
151	1	0	0	0
152	6	0		0
153	4	0	0	0
154	0	0	0	0
155	0	0	0	0
156	0	0	0	8
157	0	0	0	0
159	0	0	0	0
160	0	3	0	9
161	0	0	12	0
162	0	2	0	0
164	0	0	0	2
165	0	0	0	0
167	1	0	0	2
170	4	0	0	0
171	0	0	0	0
172	4	0	0	0
173	0	0	0	0
174	0	0	0	0
175	0	0	12	0
176	0	0	0	0
177	2	0	0	0
179	5	0	0	0
180	0	0	12	0
181	0	0	12	0
182	0	0	0	0
183	4	0	0	0
184	5	0	0	0
185	2	0	0	0
186	4	0	1	0
187	4	0	0	0
188	3	0	0	0
189	0	0	0	0
190	0	0	0	0
191	0	0	1	2
192	5	0	12	0
193	0	0	0	0
194	0	0	1	0
195	3	0	0	0
196	4	0	0	0
197	1	0	0	0
199	0	0	11	6

NÚMERO	HISTÓRIA FAMILIAR DE CRISE		HISTÓRIA MÓRBIDA	EXAME
	EPILEPSIA1	CRISE ÚNICA1	PREGRESSA (HMP1)	NEUROLÓGICO
	sim=1 a 6; não=0; sem dados=9	sim=1 a 6; não=0; sem dados=9	sim=1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13,14; não=0;sem dados=9	normal=0;anormal=1,2,3,4,5,6,7,8,10;sem dados=9
200	0	0	0	0
202	0	0	0	0
203	1	0	1	0
204	1	0	0	0
205	0	0	0	0
206	4	0	0	0
207	0	0	0	0
208	1	0	0	0
209	0	0	0	5
211	0	0	0	0
212	6	0	0	0
213	0	3	0	0
214	6	0	0	0
215	4	0	0	0
216	1	0	0	0
217	2	0	0	0
218	1	0	0	0
219				
220	0	0	0	0
221	2	0	0	0
222	0	0	0	0
223	6	0	0	0
224	5	0	0	0

DESCRIBÇÃO DAS CRISES

NÚMERO	TIPO DE CRISE	DURAÇÃO	NUMERO DE CRISES EM 24 HORAS
	parciais=0 a 26; generalizadas=38 a 42; não classificadas=43	até 5min.=0,1,2,5; 5 a 30min.=4,5; estado de mal epiléptico=6; sem dados=9	mais de 1 crise=1,2,3; sem dados=9
1	40	6	
2	40	5	
4	25	3	1
5	37	4	3
6	40	5	
7	39	4	
8	24	9	
9	40	6	
11	40	9	
12	42	5	
14	42	4	
16	24	4	
17	26	5	
18	40	4	3
19	24	3	
20	40	4	
21	42		
22	40	4	
24	40	9	
25	41	3	
26	25	6	
27	40	3	
28	25	6	
29	40	4	
31	40	4	
34	1	5	
35	24	5	3
36	40	4	
37	41	5	
38	24	9	3
39	24		3
41	23	9	
43	40	3	
45	25	3	
46	26		9
47	40	4	1
48	25	4	3
49	25	4	
51	22	3	3
53	25	5	1

NÚMERO	TIPO DE CRISE	DURAÇÃO	NUMERO DE CRISES EM 24 HORAS
	parciais=0 a 26; generalizadas=38 a 42; não classificadas=43	até 5min.=0,1,2,5; 5 a 30min.=4,5; estado de mal epiléptico=6; sem dados=9	mais de 1 crise=1,2,3; sem dados=9
54	25	4	
55	40		
56	26	4	
57	24	4	
58	40	4	
59	24	4	
60	24	9	
61	24	6	1
62	39	6	
63	25	4	
64	24	5	1
65	40	5	
66	24	4	
67	46	6	
68	40	5	
69	24	6	
70	1	9	
71	24	3	
72	25	4	
73	25	4	3
74	24	4	
75	22	3	1
76	40	4	
79	40	4	
80	24	9	
81	40	3	1
82	24	4	
83	41	4	
84	24	4	
85	25	3	
87	24	3	
88	24	3	1
89	24	6	
90	24	3	1
91	40	3	
92	24	6	
94	24	5	1
95	40	5	
96	24	5	
98	40	9	
100	25	5	
101	25	4	
102	25	3	

NÚMERO	TIPO DE CRISE	DURAÇÃO	NUMERO DE CRISES EM 24 HORAS
	parciais=0 a 26; generalizadas=38 a 42; não classificadas=43	até 5min.=0,1,2,5; 5 a 30min.=4,5; estado de mal epiléptico=6; sem dados=9	mais de 1 crise=1,2,3; sem dados=9
103	1	3	
105	22	9	
106	25	9	
108	39	4	1
109	39	6	
110	25	4	
111	41	4	1
112	7	3	
113	25	6	
114	25	4	
115	7	4	
116	40	5	
117	25	6	1
118	25	4	
119	40	4	
120	41	4	
121	24	5	
122	25	5	
123	25	4	
124	25	4	
125	24	4	
126	25	4	
127	25	4	
128	42	6	
129	23	3	
130	40	3	
131	20	6	
132	24	6	
133	1	3	
134	46	6	
135	24	4	
136	41	4	
137	41	4	
140	40	5	
141	13	4	1
142	22	4	
145	40	3	
146	24	9	
148	40	5	
149	25	5	
150	40	4	
151	40	4	
152	39	4	

NÚMERO	TIPO DE CRISE	DURAÇÃO	NUMERO DE CRISES EM 24 HORAS
	parciais=0 a 26; generalizadas=38 a 42; não classificadas=43	até 5min.=0,1,2,5; 5 a 30min.=4,5; estado de mal epiléptico=6; sem dados=9	mais de 1 crise=1,2,3; sem dados=9
153	41	5	
154	24	5	
155	26	5	
156	24	6	
157	24	9	
159	25	5	
160	40	3	
161	25	6	
162	25	5	
164	24	4	
165	42	6	2
167	39	3	
170	39	4	2
171	40	4	
172	25	3	
173	40	3	
174	40	5	
175	25	4	
176	41	5	
177	24	3	1
179	39	4	
180	24	4	
181	25	5	
182	43	6	
183	1	5	
184	39		
185	40	9	
186	25	4	
187	41	4	
188	24	3	
189	25		
190	40	3	
191	41	5	
192	25	4	
193	22	4	
194	41	5	
195	40	3	
196	24	6	
197	40	4	
199	42	6	
200	1	4	
202	25	5	
203	25	4	

NÚMERO	TIPO DE CRISE	DURAÇÃO	NUMERO DE CRISES EM 24 HORAS
	parciais=0 a 26; generalizadas=38 a 42; não classificadas=43	até 5min.=0,1,2,5; 5 a 30min.=4,5; estado de mal epiléptico=6; sem dados=9	mais de 1 crise=1,2,3; sem dados=9
204	43	4	
205	22	4	
206	24	4	
207	24	4	
208	24	4	
209	25	4	
211	43	5	
212	40	4	
213	26		
214	46	6	
215	40	6	
216	24	4	
217	24	4	2
218	24	4	
219	41	9	
220	39	5	
221	25	5	
222	25	4	
223	40	4	
224	40	9	3

EVOLUÇÃO DA PRIMEIRA CRISE

NÚMERO	TEMPO DE SEGUIMENTO	PERÍODO	RECORRÊNCIA	MONOTERAPIA	POLITERAPIA	MEDICAÇÃO 1	EFICÁCIA DO 1º ESQUEMA
	(meses)	(meses)	não=0; sim=1 a 13; sem dados=9	não=0; sim=1 a 4	não=0; sim=1 a 3	FNB=1;FNT=2; CBZ=3; AC.VAL=4	100%=0; 50% a 99%=1,2; <50%=3,4,5
1	48	1	0		0		
2	51	4	9	3	0	1	0
4	3	0	1	1	0	1	
5	61	1	1	3	0	1	0
6	52	0	0	1	0	1	0
7	50	0	0	0	0		
8	66	0	1	2	0	2	0
9	49	0	0	1	0	1	0
11	4	6	3	1	0	4	0
12	12	0	0	0	0		
14	60	3	1	2	2	1	4
16	16	2	1	1	0	1	1
17	49	4	0	1	0	1	0
18	2	1	0	1	0	1	0
19	16	6	2	1	0	1	0
20	37	6	2	1	0	1	0
21	14	3	1	1	0	1	0
22	50	6	1	1	0	1	0
24	48	6	0	0	0		
25	46	4	1	1	0	1	0
26	46	2.5	1	1	0	1	0
27	1	0	0	0	0		
28	52	1	1	2	0	3	0
29	44	1	3	1	0	1	0
31	49	0	0	0	0		
34	34	0	0	1	0	1	0
35	46	2	13	2	0	1	0
36	0	2	9	1	0	1	
37	0	2	9	0	0		
38	24	3	0	2	0	3	0
39	70	1	1	1	0	3	0
41	47	4	2	2	0	2	0
43	20	0.5	8	1	0	1	1
45	0	2	0	0	0		
46	47	2	1	2	0	3	3
47	0	1	9	0	0		
48	14	1	0	0	0		
49	12	1	0	0	0		
51	50	0.5	1	2	3	1	1
53	52	2	1	1	0	1	0
54	8	0	0	1	0	1	0
55	46	1	1	1	0	1	0
56	44	3	2	1	0	1	0
57	45	2	0	1	0	3	0
58	1	2	0	0	0		
59	57	0	1	1	0	1	0
60	1	6	1	0	0		
61	46	1	0	1	0	3	0

NÚMERO	TEMPO DE SEGUIMENTO	PERÍODO	RECORRÊNCIA	MONOTERAPIA	POLITERAPIA	MEDICAÇÃO 1	EFICÁCIA DO 1º ESQUEMA
	(meses)	(meses)	não=0; sim=1 a 13; sem dados=9	não=0; sim=1 a 4	não=0; sim=1 a 3	FNB=1;FNT=2; CBZ=3; AC.VAL=4	100%=0; 50% a 99%=1,2; <50%=3,4,5
62	61	4	1	1	0	3	0
63	7	3	0	0	0		
64	1	1	0	0	0		
65	4	0.5	1	1	0	1	0
66	42	1	1	1	0	1	0
67	43	5	0	0	0		
68	44	0.5	0	0	0		
69	0	1	0	0	0		
70	44	2	0	1	0	3	0
71	43	0.7	0	0	0		
72	54	3	0	1	0	1	0
73	43	6	0	1	0	1	0
74	7	1	4	2	0	3	1
75	42	1	1	1	0	0	0
76	3	1	0	0	0		
79	0	4	0	0	0		
80	45	4	1	2	0	1	0
81	41	4	1	1	0	1	0
82	38	2	0	0	0		
83	6	6	1	1	0	4	0
84	3	2	0	0	0		
85	51	1.5	12	2	0	1	0
87	42	2	1	1	0	1	0
88	39	0.5	0	1	0	3	0
89	36	6	1	2	0	1	0
90	0	2		0	0		
91	6	1	0	1	0	1	0
92	0	6	0	0	0		
94	55	1	11	1	0	3	0
95	6	4	0	1	0	1	0
96	50	1	3	1	0	3	0
98	37	6	2	1	0	1	0
100	32	2	0	1	0	3	0
101	1	2	1	1	0	1	0
102	37	0.5	1	1	0	1	0
103	0	2	9	0	0		
105	54	1	0	1	0	1	0
106	47	4.5	2	1	0	1	1
108	31	4	1	1	0	1	1
109	53	6	1	1	0	1	0
110	40	1	0	0	0		
111	33	2	0	0	0		
112	34	1	0	0	0		
113	48	4	0	1	0	1	0
114	12	5	0	1	0	1	0
115	17	4	2	1	0	1	1
116	47	0.5	0	1	0	1	0
117	50	2	1	1	0	1	1
118	12	3	0	1	0	1	0
119	32	2	0				

NÚMERO	TEMPO DE SEGUIMENTO	PERÍODO	RECORRÊNCIA	MONOTERAPIA	POLITERAPIA	MEDICAÇÃO 1	EFICÁCIA DO 1º ESQUEMA
	(meses)	(meses)	não=0; sim=1 a 13; sem dados=9	não=0; sim=1 a 4	não=0; sim=1 a 3	FNB=1;FNT=2; CBZ=3; AC.VAL=4	100%=0; 50% a 99%=1,2; <50%=3,4,5
120	18	0.5	0	1	0	4	0
121	32	2.5	0	1	0	1	0
122	3	2	1	1	0	1	0
123	12	1	0	0	0		
124	46	2	12	2	0	1	0
125	8	4	0	0	0		
126	0	1	0	0	0		
127	48	1	0	1	0	3	0
128	15	5	0	1	0	3	0
129	44	3	2	1	2	3	5
130	30	1	0	0	0		
131	40	4	1	1	0	3	1
132	50	1	1	1	1	1	4
133	30	2	0	1	0	1	0
134	0	1	0	0	0		
135	38	1	0	1	0	1	0
136	28	4	0	0	0		
137	0	2	0	0	0		
140	33	2	11	1	0	1	0
141	45	3	1	2	0	1	1
142	36	3	0	1	0	3	0
145	26	2	0	0	0		
146	28	3	0	2	0	1	0
148	25	6	0	0	0		
149	27	6	1	1	0	1	0
150	44	5	1	2	0	1	0
151	26	1	0	0	0		
152	26	6	0	0	0		
153	21	1	0	0	0		
154	25	5	0	0	0		
155	10	1	0	1	0	2	0
156	33	1	0	0	0		
157	46	1	6	2	0	3	0
159	0	2		0	0		
160	37	6	0	0	0		
161	0	2		0	0		
162	44	2	1	1	0	2	1
164	24	6	9	1	0	1	0
165	0	1	9	0	0		
167	24	1	0	1	0	1	1
170	38	1	4	1	0	1	1
171	24	2	11	1	0		
172	24	4	0	1	0	1	0
173	20	3	0	0	0		
174	0	3	0	0	0		
175	21	3	0	0	0		
176	24	2	0	0	0		
177	27	3	3	1	0	1	0
179	37	0.5	1	1	0	1	0
180	24	2	1	1	0	1	1

NÚMERO	TEMPO DE SEGUIMENTO	PERÍODO	RECORRÊNCIA	MONOTERAPIA	POLITERAPIA	MEDICAÇÃO 1	EFICÁCIA DO 1º ESQUEMA
	(meses)	(meses)	não=0; sim=1 a 13; sem dados=9	não=0; sim=1 a 4	não=0; sim=1 a 3	FNB=1;FNT=2; CBZ=3; AC.VAL=4	100%=0; 50% a 99%=1,2; <50%=3,4,5
181	22	1	0	0	0		
182	0	2		0	0		
183	2	0.5	0	0	0		
184	1	1	1	0	0		
185	5	1	0	1	0	1	0
186	30	0.5	4	4	1	1	5
187	12	2	1	1	0	1	0
188	23	0.5	11	2	0	1	0
189	27	2	1	1	0	2	0
190	21	3	0	0	0		
191	0	1	0	0	0		
192	35	2	1	1	1	1	4
193	34	2	0	0	0		
194	18	2	0	0	0		
195	10	3	0	1	0	1	0
196	6	1	1	1	0	1	0
197	30	2	0	0	0		
199	34	2	6	1	0	1	1
200	30	3	0	1	0	3	0
202	5	2	0	1	0	1	0
203	16	2	0	1	0	3	0
204	21	6	1	1	0	3	0
205	29	0.5	0	0	0		
206	15	1	5	1	0	1	1
207	16	1	0	0	0		
208	31	1	1	1	0	1	0
209	22	6	9	3	0	2	0
211	15	1	0	0	0		
212	34	1	0	0	0		
213	3	0.5	0	1	0	1	0
214	13	2	0	1	0	1	0
215	1	3	1	0	0		
216	4	1	0	0	0		
217	12	1	0	1	0	1	0
218	13	0.5	0	0	0		
219	0	6	9	0	0		
220	1	4	1	1	0	1	0
221	0	4	9	0	0		
222	26	1	6	1	0	3	0
223	1	0.5	1	1	0	1	0
224	18	3	0	0	0		

EXAMES

NÚMERO	ELETROENCEFALOGRAMA	TAC
	normal ou sem anormalidades definidas=0,1; atividade epileptiforme=3,5; atividade lenta=4; outros=8	normal=0; anormal=1,2,3,4; sem dados=9
1	0	
2	3	0
4	1	2
5	0	1
6	3	1
7	0	
8	3	1
9	0	0
11	0	0
12	0	0
14	0	0
16	3	0
17	0	1
18	5	0
19	3	0
20	1	1
21	0	
22	0	0
24	0	
25	0	0
26	0	0
27	0	
28	0	0
29	0	0
31	0	
34	0	1
35	1	1
36	0	0
37	0	
38	4	0
39	4	0
41	0	0
43	4	0
45	0	
46	3	0
47	1	
48	3	0
49	0	0
51	3	0
53	0	0
54	3	
55	4	0
56	0	
57	0	2
58	0	0
59	4	1
60	0	

NÚMERO	ELETROENCEFALOGRAMA	TAC
	normal ou sem anormalidades definidas=0,1; atividade epileptiforme=3,5; atividade lenta=4; outros=8	normal=0; anormal=1,2,3,4; sem dados=9
61	0	0
62	0	0
63	0	0
64		
65	0	0
66	1	0
67	0	
68	0	4
69		4
70	3	0
71	0	0
72	4	0
73	0	0
74	3	0
75	0	0
76	0	0
79	0	
80	0	0
81	0	0
82	1	0
83	0	
84	0	0
85	0	0
87		0
88	0	2
89	0	
90		
91	0	0
92	0	0
94	0	
95	0	1
96	3	0
98	0	0
100	0	1
101	4	
102	0	1
103	0	
105	0	0
106	5	1
108	0	0
109	0	0
110	3	0
111	0	0
112	0	0
113	0	1
114	0	0
115	3	0
116	0	0
117	3	1
118	3	0

NÚMERO	ELETROENCEFALOGRAMA	TAC
	normal ou sem anormalidades definidas=0,1; atividade epileptiforme=3,5; atividade lenta=4; outros=8	normal=0; anormal=1,2,3,4; sem dados=9
119	0	0
120	1	0
121	0	0
122	1	
123	4	0
124	0	0
125	1	0
126	5	
127	3	0
128	3	1
129	1	0
130	0	
131	1	0
132	4	0
133	0	0
134		
135	0	1
136	0	0
137	0	
140	1	0
141	0	1
142	5	0
145	0	0
146	4	0
148	0	0
149	0	0
150	1	1
151	0	0
152	1	0
153	1	
154	3	
155	0	1
156	1	0
157	3	0
159		
160	0	1
161	4	
162	0	1
164	3	0
165	0	
167	0	0
170	0	1
171	0	
172	0	1
173	0	
174	0	
175	0	
176	0	
177	0	1
179	0	0

NÚMERO	ELETROENCEFALOGRAMA	TAC
	normal ou sem anormalidades definidas=0,1; atividade epileptiforme=3,5; atividade lenta=4; outros=8	normal=0; anormal=1,2,3,4; sem dados=9
180	0	0
181	3	
182	0	
183	0	
184	0	
185	3	1
186	3	0
187	0	0
188	0	1
189	0	1
190	0	0
191	0	
192	3	0
193	0	
194	0	
195	0	
196	0	0
197	0	
199	0	1
200	0	0
202	1	1
203	2	
204	1	
205	0	
206	0	
207	0	0
208	4	0
209	0	0
211	0	
212	0	0
213	0	1
214	0	0
215	0	
216	5	
217	0	0
218	0	0
219	1	
220	0	
221	0	
222	0	0
223	0	
224	4	

CLASSIFICAÇÃO DAS CRISES E EPILEPSIAS

UMER	CLASSIFICAÇÃO DAS EPILEPSIAS	CLASSIFICAÇÃO CONFORME A ETIOLOGIA
	localizadas criptogênicas=0,1,2; localizadas sintomáticas=3; generalizadas criptogênicas=28,29,30; generalizadas sintomáticas=37; indeterminadas=43,44; crises isoladas=46	crises criptogênicas=1; crises idiopáticas=0; sem dados=9
1	46	9
2	29	1
4	21	1
5	3	3
6	46	3
7	46	9
8	21	1
9	46	1
11	29	1
12	46	1
14	29	1
16	21	1
17	46	3
18	46	1
19	21	1
20	37	3
21	29	1
22	29	1
24	46	9
25	29	1
26	21	1
27	46	9
28	21	1
29	29	1
31	46	9
34	46	3
35	3	3
36	29	1
37	46	9
38	46	1
39	3	3
41	21	1
43	21	1
45	46	9
46	21	1
47	29	9
48	46	1
49	46	0
51	21	1
53	21	1

UMER	CLASSIFICAÇÃO DAS EPILEPSIAS	CLASSIFICAÇÃO CONFORME A ETIOLOGIA
	localizadas criptogênicas=0,1,2; localizadas sintomáticas=3; generalizadas criptogênicas=28,29,30; generalizadas sintomáticas=37; indeterminadas=43,44; crises isoladas=46	crises criptogênicas=1; crises idiopáticas=0; sem dados=9
54	46	9
55	29	1
56	21	9
57	46	3
58	46	1
59	3	3
60		
61	46	1
62	3	3
63	46	1
64		
65	46	1
66	21	1
67	46	9
68	46	1
69	46	1
70	0	1
71	46	1
72	46	1
73	46	1
74	0	1
75	21	1
76	46	1
79	46	9
80	21	1
81	29	1
82	46	1
83	29	9
84	46	1
85	21	1
87	3	3
88	46	1
89	21	9
90	46	9
91	46	1
92	46	1
94	3	3
95	46	3
96	21	1
98	29	1
100	46	3
101	21	9

UMER	CLASSIFICAÇÃO DAS EPILEPSIAS	CLASSIFICAÇÃO CONFORME A ETIOLOGIA
	localizadas criptogênicas=0,1,2; localizadas sintomáticas=3; generalizadas criptogênicas=28,29,30; generalizadas sintomáticas=37; indeterminadas=43,44; crises isoladas=46	crises criptogênicas=1; crises idiopáticas=0; sem dados=9
102	3	3
103	21	9
105	46	1
106	3	3
108	29	1
109	29	1
110	46	1
111	46	1
112	46	1
113	46	3
114	46	1
115	21	1
116	46	1
117	3	3
118	46	3
119	46	1
120	46	1
121	46	1
122	9	9
123	46	1
124	43	3
125	46	1
126	46	9
127	0	1
128	46	3
129	3	3
130	46	9
131	21	1
132	3	3
133	46	1
134	46	9
135	46	1
136	46	1
137	46	9
140	46	1
141	21	1
142	46	1
145	46	1
146	46	1
148	46	1
149	21	1
150	3	3

UMER	CLASSIFICAÇÃO DAS EPILEPSIAS	CLASSIFICAÇÃO CONFORME A ETIOLOGIA
	localizadas criptogênicas=0,1,2; localizadas sintomáticas=3; generalizadas criptogênicas=28,29,30; generalizadas sintomáticas=37; indeterminadas=43,44; crises isoladas=46	crises criptogênicas=1; crises idiopáticas=0; sem dados=9
151	46	1
152	46	1
153	46	9
154	46	9
155	46	3
156	46	1
157	0	1
159	46	9
160	46	1
161	46	9
162	3	3
164	21	0
165	46	9
167	46	1
170	3	3
171	44	9
172	46	1
173	46	9
174	46	9
175	46	9
176	46	9
177	3	3
179	29	1
180	21	1
181	0	9
182	46	9
183	46	9
184	46	9
185	46	3
186	0	1
187	29	1
188	3	3
189	21	1
190	46	1
191	46	9
192	21	1
193	46	9
194	46	9
195	46	9
196	21	1
197	46	9
199	3	3

UMER	CLASSIFICAÇÃO DAS EPILEPSIAS	CLASSIFICAÇÃO CONFORME A ETIOLOGIA
	localizadas criptogênicas=0,1,2; localizadas sintomáticas=3; generalizadas criptogênicas=28,29,30; generalizadas sintomáticas=37; indeterminadas=43,44; crises isoladas=46	crises criptogênicas=1; crises idiopáticas=0; sem dados=9
200	46	1
202	46	1
203	46	9
204	44	9
205	46	9
206	21	9
207	46	1
208	21	1
209	21	1
211	46	9
212	46	1
213	46	3
214	46	1
215	29	9
216	46	9
217	46	1
218	46	1
219	46	9
220	29	9
221	21	9
222	21	1
223	29	9
224	46	9

EFEITOS COLATERAIS DAS DROGAS ANTIEPILÉPTICAS

NÚMERO	DROGA 1	DROGA 1A
	FNB=0; FNT=1; CBZ=2; AC. VAL.=3	negativo=0; positivo = 1 a 64
1		
2	1	0
4	0	0
5	0	0
6	0	0
7		
8	1	0
9	0	3
11	3	0
12		
14	0	0
16	1	8
17	0	0
18	0	0
19	0	0
20	0	0
21	0	0
22	0	0
24		
25	0	0
26	0	0
27		
28	2	0
29	0	0
31		
34	0	2
35	0	0
36	0	0
37		
38	2	48
39	2	0
41	1	0
43	0	0
45		
46	0	0
47		
48		
49		
51	1	0
53	0	0
54	0	0
55	0	0
56	0	0
57	2	0
58		

NÚMERO	DROGA 1	DROGA 1A
	FNB=0; FNT=1; CBZ=2; AC. VAL.=3	negativo=0; positivo = 1 a 64
59	0	0
60		
61	2	0
62	2	0
63		
64		
65	0	0
66	0	0
67		
68		
69		
70	2	1
71		
72	0	0
73	0	0
74	2	0
75		
76		
79		
80	0	0
81	0	0
82		
83	3	0
84		
85	0	1
87		
88	2	0
89	0	0
90		
91		
92		
94	2	0
95	0	0
96	2	0
98	0	0
100	2	0
101	0	0
102	0	1
103		
105	0	0
106	0	0
108	0	0
109	0	0
110		
111		
112		
113	0	0
114	0	3

NÚMERO	DROGA 1	DROGA 1A
	FNB=0; FNT=1; CBZ=2; AC. VAL.=3	negativo=0; positivo = 1 a 64
115	0	0
116	0	0
117	0	0
118	0	0
119		
120	3	0
121	0	3
122		
123		
124	0	0
125		
126		
127	2	0
128	2	0
129	0	0
130		
131	2	0
132	0	3
133	0	0
134		
135	0	3
136		
137		
140	0	0
141	0	2
142	2	0
145		
146	0	2
148		
149	0	1
150	0	1
151		
152		
153		
154		
155	1	0
156		
157	2	1
159		
160		
161		
162	1	53
164	0	0
165		
167	0	0
170	0	2
171		
172	0	0

NÚMERO	DROGA 1	DROGA 1A
	FNB=0; FNT=1; CBZ=2; AC. VAL.=3	negativo=0; positivo = 1 a 64
173		
174		
175		
176		
177	0	1
179	0	2
180	0	0
181		
182		
183		
184		
185	0	1
186		
187		
188	0	0
189	1	0
190		
191		
192		
193		
194		
195	0	0
196	0	0
197		
199	0	0
200	2	0
202		
203	2	0
204	2	0
205		
206	0	3
207		
208	0	0
209	0	11
211		
212		
213	0	0
214	0	2
215		
216		
217	0	1
218		
219		
220		
221		
222	2	0
223	29	9
224	46	9

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMAN, M. G.; WERRY, J. S. Behavioral of children with seizures. *J. New Ment Dis*, v. 180, p. 124-129, 1992.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Committee on Drugs. Behavioral and cognitive effects of anticonvulsive therapy. *Pediatrics*, v. 76, p. 644-647, 1985.
- ANNEGERS, J.F. Epidemiology and genetics of epilepsy. *Neurologics Clinics*, n. 12, v. 1, p. 15-29, 1994.
- ANNEGERS, J.F.; GRABOW, J.D.; GROAVER, R.V.; Seizures after head trauma: a population study. *Neurology* . v. 30, p. 683-689, 1980.
- ANNEGERS, J.F.; HAUSER, W.A.; SHIRTS, S.B.; KURLAND, L.T. Factors prognostic of unprovoked seizures after febrile convulsion. *N. Engl. J. Med.*, v. 316, p. 493-498, 1987.
- ANNEGERS, J.F.; NICOLOSI, A.; BEGHI, E.; The risk of unprovoked seizures after an encephalitis and meningitis. *Neurology*, v. 38, p. 1407-1410, 1988.
- ANNEGERS, J.F.; SHIRTS, S.B.; HAUSER, W.A.; KURLAND L.T. Risk of recurrence after an initial unprovoked seizure. *Epilepsia*, v. 7, n. 1, p. 43-50, 1986.
- ARRUDA, W.O. Etiology of epilepsy: a prospective study of 210 cases. *Arqu. Neuropsiquiatria* (in press).

- ASHWAL, S. Seventeenth-Century dissertation on seizures in infants and children. *J. Child Neurol*, v. 7, p. 194-195, 1992a.
- ASHWAL, S. Eighteenth-Century dissertation on seizures in infants and children. *J. Child Neurol*, v.7, p. 212-213, 1992b.
- BACHESCHI, L.A.; Livramento, J. A. Neurocisticercose. In: Amato, V.; Baldy, J.L.S. *Doenças transmissíveis*. Savier, 1991, p.645-654.
- BEGHI, E.; DI MARCIO, R.; TOGNONI, G. Drug treatment of epilepsy. Outline, criticism and perspectives. *Drugs*, v. 31, p. 249-265, 1986.
- BERG, A.T.; SHINNAR, S. The risk of seizure recurrence following a first unprovoked seizure: a quantitative review. *Neurology*, v. 41, p. 965-972, 1991.
- BHARUCHA, N.E.; BHARUCHA, E.P.; BHARUCHA, A.E. Prevalence of epilepsy in the parsi community of Bombay. *Epilepsia*, n. 29, p. 111-115, 1988.
- BITTENCOURT, P.R.M.; TURNER, M. Latin american aspects. In: Dam, M.; Gram, L. *Comprehensive Epileptology*. Nova York: Raven Press, 1990, p. 87-97.
- BLOM, S.; HEJBEL, J.; BERGFORS, P.G. Incidence of epilepsy in children: a follow-up study three years after the first seizure. *Epilepsia*, v. 19, p. 343-350, 1978.
- BOULLOCHE, J.; LELOUP, P.; MALLET, E.; PARAIN, D.; TON, P. Risk of recurrence after a single unprovoked generalized tonic-clonic seizure. *Rev. Med. Child Neurol* , v. 31, p. 626-632, 1989.
- BOX, G.E.P.; HUNTER, W.G.; HUNTER, J.S. *Statistics for Experiments*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1978.

- CAMFIELD, P.R.; CAMFIELD, C.S.; DOOLEY, J.M. A randomized study of carbamazepine versus no medication after a first unprovoked seizure in childhood. *Neurology*, v. 39, p. 851-852, 1989.
- CAMFIELD, P.R.; CAMFIELD, C.S.; DOOLEY, J.M.; TRIBBLE, J.A.R. Epilepsy after a first unprovoked seizure in childhood. *Neurology*, v. 35, p. 1657-1660, 1985.
- CANELAS, H.M. Neurocisticercose: incidência, diagnóstico e formas clínicas. *Arq. Neuropsiquiatria*, v. 20, n. 1, 1962.
- CAPLAM, L.R. Should single epileptic seizure be treated? *Eur. Neurol*, v. 34, p. 186-192, 1994.
- CEPI - Centro de Epidemiologia da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. *A avaliação epidemiológica do complexo teníase-cisticercose no Estado do Paraná*, 1995.
- CHEVRIE, J.J.; AICARDI, J. Convulsive disorders in the first year of life: neurological and mental outcome and mortality. *Epilepsia*, v. 19, p. 67-74, 1978.
- CLELAND, P.G.; MOSBUE, R.J.; STEWARD, W.P.; FOSTER, J.B. Prognosis of isolated seizures in adult life. *Br. Med J.*, v. 283, p. 1364, 1981.
- Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia*, n. 22, p. 489-501, 1981.
- Commission on classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia*, v. 26, n. 3, p. 268-278, 1985.

- Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia*, v. 30, n. 4, p. 389-399, 1989.
- CONNORS, C.K. Questionário dos professores sobre o comportamento da criança. Modificado de *Am J. Psychiatr*, n. 126, p. 884, 1967.
- CONOVER, W.J. *Practical nonparametric statistics*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1971.
- COOBETT, J. A.; TRIMBLE, M. R. Epilepsy and anticonvulsant medication. In: M. Rutherford *Developmental Neuropsychiatry*. New York: Guilford, 1983.
- COSTA, J.M.; FERREIRA, A.W.; MAKINO, M.M.; CAMARGO, M.E. Spinal fluid immunoenzymatic essay (ELISA) for neurocysticercosis. *Rev. Int. Med. Trop.*, v. 24, n. 6, p. 337, 1982.
- DANESI, M.A. Classification of the epilepsies: an investigation of 945 patients in a developing country. *Epilepsia*, n. 26, p.131-136, 1985.
- DIKMEN, S.; MATTHEWS, C.G.; HARLEY, J.P. The effect of early versus late onset of major motor epilepsy upon cognitive - intellectual performance. *Epilepsia*, v. 16, p. 73-81, 1975.
- DIXON, H.B.F.; LIPSCOMB, F.M. Cysticercosis: an analysis and follow-up of 450 cases. *M.R.C. Special Report Series* , n. 299 e Her Majesty's Stationery Office, London, 1961.
- DREIFUSS, F.E. Classification of seizures. In: Dam, M.; Gram, L. *Comprehensive Epileptology*. Nova York: Raven Press, 1990. p. 77-86.
- DREIFUSS, F.E. Classification of seizures. In: Dam, M; Gram, L. *Comprehensive Epileptology*. Nova York: Raven Press, 1994, p. 87-97.

- DUNN, D.W. Status epilepticus in children: etiology, clinical features and outcome. *J. Child Neurol*, v. 3, p. 167-173, 1988.
- ELLENBERG, J.H.; HITZ, P.G.; NELSON, K.B. Age at onset of seizures in young children. *Ann Neurol*. v. 15, p. 127-134, 1984.
- ELWES, R.D.C.; CHESTERMAN, P.; REYNOLDS, E.H. Prognosis after a first untreated tonic-clonic seizure. *The Lancet*, p. 752-753, 1985.
- First Seizure Trial Group. Randomized clinical trial on the efficacy of antiepileptic drugs in reducing the risk of relapse after a first unprovoked tonic-clonic seizure. *Neurology*, v. 43, p. 478-483, 1993.
- FITZHARDINGE, P.M. Follow-up studies of the high-risk newborn. In: Avery, G.B. *Neonatology - Pathophysiology and Management of the Newborn*. Washington, D.C. : LIPPINCOTT, 1990, p. 400-417.
- FREEMAN, J.M.; TIBBLES, J., CAMFIELD, C.; CAMFIELD, P. Benign epilepsy of childhood: a speculation and its ramifications. *Padiatrics* , v. 79, p. 864-868, 1987.
- GARCIA, F.; LOODE, C.S.; CASTILHO, L. Epidemiology of epilepsy in Guaymi Indian from Bocas del Tono Province, Republic of Panamá. *Epilepsia*, n. 3, p. 718, 1990.
- GASTAUT, H. Clinical Electroencephalographical classification of epileptic seizures. *Epilepsia*. v. 11, p. 102-113, 1970.
- GOBBI, H.; NEVES, R.R.; ALMEIDA, H.O. Ocorrência de cisticercose em pacientes necropsiados em Uberaba, M.G. *Rev. Pat. Trop.*, v. 9, n. 1, p. 51, 1980.

- GOODRIDGE, D.M.G.; SHORVON, S.D. Epileptic seizures in a population of 6000. II Treatment and prognosis. *Br. Med. J.*, v. 287, p. 645-647, 1983.
- GOODRIDGE, D.M.G.; SHORVON, S.D. Epileptic seizures in a population of 6000. I: Demography, diagnosis, classification and role of the hospital review. *Br. Med. J.*, v. 287, p. 641-644, 1983.
- GRIMSEN, W.R.; BLANCO, A.C.; ESTRUGAMAR, M. Investigación Epidemiológica de entidades psiquiátricas. *Bol Samint Panam*, n. 73, p. 572-585, 1972.
- HART, R.G.; EASTON, J.R. Seizure recurrence after a first unprovoked seizure. *Arch Neurol*, v. 43, p. 1289-1290, Dec., 1986.
- HART, Y.M.; SANDER, J.W.A.S.; JOHNSON, A.L.; SHORVON, S.D. National General Practice Study of Epilepsy: recurrence after a first seizure. *The Lancet*, v. 336, p. 1271-1274, 1990.
- HAUSER, W.A. Should people be treated after a first seizure? *Arch Neurol*, v. 43, p. 1287-1288, Dec., 1986.
- HAUSER, W.A. The Prevalence and incidence of convulsive disorders in children. *Epilepsia*, v. 35, (Suppl 2), p. 1-6, 1994.
- HAUSER, W.A., KURLAND, L.T. The epidemiology of epilepsy in Rochester, Minnesota, 1935 through 1967. *Epilepsia*, v. 16, p. 1-66, 1975.
- HAUSER, W.A.; ANDERSON, V.E.; LOEWERSON, R.B.; MCROBERTS, S.M. Seizure recurrence after a first unprovoked seizure. *The New England Journal of Medicine*, v. 307, n. 9, p. 26, 1982.
- HAUSER, W.A.; ANNEGERS, J.F.; ELVEBACK, L.R. Mortality in patients with Epilepsy. *Epilepsia*, n. 21, p. 399-412, 1980.

HAUSER, W.A.; ANNEGERS, J.F.; KURLAND, L.T. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota. 1935-1984. *Epilepsia*, v. 34, n. 3, p. 453-468, 1993.

HAUSER, W.A.; ANNEGERS, J.F.; KURLAND, L.T. The prevalence of epilepsy in Rochester, Minnesota. 1940-1980. *Epilepsia*, n. 32, p. 429, 1991.

HAUSER, W.A.; KURLAND, L.T. The Epidemiology of epilepsy in Rochester, Minnesota, 1935 through 1967. *Epilepsia*, v. 16, p. 1-66, 1975.

HAUSER, W.A.; RAMINEZ, L.M.; ROSENSTEIN, R. Risk for seizures and epilepsy following cerebro-vascular insults. Abstrat. *Epilepsia*. v. 25, p. 666, 1984.

HAUSER, W.A.; RICH, S.S.; ANNEGERS, J.F.; ANDERSON, V.E. Seizure recurrence after a first unprovoked seizure: an extended follow-up. *Neurology*, v. 40, p. 1163-1170, 1990.

HERMANN, B. P.; WHITMAN, S. Behavioral and personality correlates of epilepsy: a review, methodological critique, and conceptual model. *Psychol Buel*, v. 95, p. 451-497, 1984.

HIRTZ, D.B.; ELLENBERG, J.H.; NELSON, K.B. The risk of recurrence of nonfebrile seizures in children. *Neurology*, v. 34, p. 637-641, 1984.

HOLMES, G.L.; SACKELARES, J.C.; MCKIERNON, J. Evaluation of childhood pseudoseizures using EEG telemetry and videotape monitoring. *J. Pediatrics*, n. 97, p. 554-558, 1980.

HOPKINS, A.; GARMAN, A.; CLARKE, C. The first seizure in adult life. *The Lancet*, p. 721-726, 1988.

- HYLLESTED, K.; PAKKENBERG, H. Prognosis in epilepsy of late onset. *Neurology*, v. 13, p. 641-644, 1963.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Crianças & adolescentes - indicadores sociais*. Rio de Janeiro, v. 3, p. 1-76, 1989.
- JOHNSON, L.C.; DEBOLT, W.L.; LONG, M.T. Diagnostic factors in adults following initial seizures: a three year follow-up. *Arch Neurol*, v. 27, p. 193-197, 1972.
- JOSEPH, N.S.T.; MALDONADO, Y.A.; ENZMANN, D.; HOTEZ, P.J. Consensus: diagnosis and management of neurocysticercosis in children. *Pediatr. Infect. Dis. J.*, v. 12, p. 455-461, 1993.
- KALVA, V.; SETHI, A. Childhood Neurocysticercosis. Epidemiology, Diagnosis and Course. *Acta. Paediatr. Jn.*, v. 34, p. 365-370, 1992.
- KEATING, L. E. Epilepsy and behavior disorder in school children. *J. Ment Sci*, v. 107, p. 161-180, 1961.
- KRIEL, R.L.; CLOYD, J. Antiepileptic drug therapy in children. In: Swaimm, K. F. *Pediatric Neurology Principles and Practices*. Minnesota: Mosby, 1994. 2.ed., p. 583-609.
- LAVADOR, J.; GERMAIN, I.; MORALS, A. cols. A descriptive study of epilepsy in the district of El Salvador, Chile, 1984-1988. *Act Neurol Scand*, n.91, p.718-729, 1992.
- LEE, E. T. *Statistical Methods for Survival Data Analysis*. Belmonte, Ca: Lifetime Learning Publications, 1980.
- LEPPIK, I.E. Carbamazepine. In: Dam, M; Gram, L. *Comprehensive Epileptology*. Nova York: Raven Press. 1990, p. 525-535.

LIVINGSTON, S. *Comprehensive management of epilepsy in infancy, childhood and adolescence*: Springfield, I.L.; Charles C. Thomas, 1972.

LIVINGSTON, S. *Living with epileptic seizures*: Springfield, I.L.; Charles C. Thomas, 1963.

LOGAN, N.R.; HART, R.G. Seizures recurrence after a seizure. To the Editor: *The New England Journal of Medicine*. v. 308, n. 3, p. 20, 1983.

LOIREAU, P.; DUCHÉ BERNARD. Phenobarbital. In: Dam, M; Gram, L. *Comprehensive Epileptology*. Nova York: Raven Press, 1994, p. 579-591.

LONG, C. G.; MOORE, J. R. Parental expectation for their epileptic children. *J. Child Psychol Psychiatry*, v. 20, p. 299-312, 1979.

LUBCHENCO, L.O.; KOOPS, B.L. Assesment of weight and gestacional age. In: Avery, G.B. *Neonatology - Pathophysiology and Management of the Newborn*. Washington, D.C.: LIPPINCOTT, 1990, p. 235-257.

LÜDERS, H.O.; BURGERS, R.; NOACHTAR, SOHEYL. Expanding the International Classification of Seizure to provide localization information. *Neurology*, v. 43, p. 1650-1655, 1993.

MABRY, C.C.; TIETZ, N.W. Valores de referência para testes de laboratório. In: *Nelson Textbook of Pediatrics*. Ohio: Igaku-Shoin Saunders, 1983, 12.ed., p. 1827-1852.

MANFORD, M.; HART, Y.M.; SANDER, J.A.S.; SHORVON, S.D. The National General Practice Study of Epilepsy. The syndromic classification of the International League Against Epilepsy applied to epilepsy in a general population. *Arch Neurol*, v. 49, p. 801-808, 1992.

- MANI, K.S.; RANGON, G. Epilepsy in the Third World - Asian Aspects. In: Dam, M; Gram, L. *Comprehensive Epileptology*. Nova York: Raven Press, 1990, p. 781-793.
- MANREZA, M.L.G. Neurocisticercose na infância: aspectos clínicos e diagnósticos. *Rev. Hosp. Clínicas Fac. Med. S.Paulo*. v. 37, n. 2, p. 206, 1982.
- MARINO, J. R.; CUKIERT, A.; PINHO, E. Aspectos epidemiológicos da epilepsia em São Paulo - Um estudo da prevalência. *Arq. Neuropsiquiatria*, n. 44, p. 243-252, 1987.
- MATTSON, R.H.; CRAMER, J.A.; COLLINS, J.F. Comparison of carbamazepine, phenobarbital, phenytoin and primidone in partial and secondarily generalized tonic-clonic seizures. *N.Engl. J. Med.*, v. 313, p. 145-151, 1985.
- MAYTAL, J.; SHINNAR, S., MOSHÉ, S.L.; ALVAREZ, L.A. The low morbidity and mortality of status epilepticus in children. *Pediatrics*, v. 83, p. 323-331, 1989.
- MCCORMICK, G.F.; ZU, C.S. Cysticercosis cerebri: review of 127 cases. *Arch Neurol*, v. 39, p. 534-539, 1982.
- METRICK, M.E.; RITHER, F.J.; GATES, F.J.; JACOBS, M.P. Nonepileptic events in childhood. *Epilepsia*, n. 32, v. 3, p. 322-328, 1991.
- MITCHELL, W. G. Long-term prognosis for children with epilepsy. *Currents Problems in Pediatrics*, p. 113-120, 1995.
- MITCHELL, W.G.; GRAWFORD, T.O. Intraparenchymal cerebral cysticercosis in children: diagnosis and treatment. *Pediatrics*, v. 82, n. 1, p. 76-82, 1988.
- NASH, T.E.; NEVA, F.A. Recent advances in the diagnosis and treatment of cerebral cysticercosis. *New Eng. J. Med.*, v. 311, p. 1492-6, 1984.

- NCHS - National Center for Health Statistics, Health Resources Administration, D. HEW, HAMIEL P.V.V., e col: NCHS Growth Charts, 1976. *Monthly Vital Statistics Reports*, v. 25, n. 3, p. 1, 1976.
- NELLAUS, G. *Pediatrics*, n. 41, p. 106, 1968.
- O'LEARY, D.S.; SEIDENBERG, M.; BERENT, S. Effects of age onset of tonic-clonic seizures on neuropsychological performance in children. *Epilepsia*, v. 22, p. 197-204, 1981.
- PAOLA, DUILTON. *Modelo de informatização do eletroencefalograma adotado pelo Serviço de Eletroencefalografia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná*, 1995.
- PARDI, M.C.; DUARTE, G.G.; ROCHA, V.F. Cisticercose em bovinos e suínos. *Rev. Med. Veterinária*, v. 4, p. 1013, 1952.
- PEARCE, J.L.; MAKINTOSH, H.T. Prospective study of convulsions in childhood. *N.Z. Med. J.*, v. 89, p. 1-3, 1979.
- PEDDLEY, T.A. Differential diagnosis of episodic symptoms. *Epilepsia*, v. 24, suppl. 1, p. 31-44, 1983.
- RUCHOWNY, M.S.; RERNIC, T.J.; DERAY, M.J.; ALVAREZ, L.A. Video EEG diagnosis of repetitive behavior in early childhood and its relationship to seizures. *Pediatr Neurol*, n. 4, p. 162-164, 1988.
- RUGGIA, R. Neuropediatria, Epilepsia - NEP. *História Computadorizada. Serviço de Neuropediatria do Instituto de Neurologia de Montevideo - Uruguai*. 1989.
- SAKAMOTO, A.C. *Estudo clínico e prognóstico das crises epiléticas que se iniciam na infância*. Ribeirão Preto, 1985. Dissertação (Doutorado). Universidade de São Paulo.

- SANDERS, J.W.A.S.; HART, Y.M.; JOHNSON, A.L.; SHORVON, S.D. National General Practice Study Group of Epilepsy. Newly diagnosed epileptic seizures in a general population. *Lancet*, v. 336, p. 1267-1271, 1990.
- SAUNDERS, M.; MARSHALL, C. Isolated seizures: an EEG and clinical assesment. *Epilepsia*, v. 16, p. 731-733, 1975.
- SENANAYAKE, N. Classification of Epileptic Seizures: A hospital-based study of 1250 patients in a developing country. *Epilepsia*, v. 34, n. 5, p. 812-818, 1993.
- SENANAYAKE, N.; ROMÁN, G.C. Epidemiology of epilepsy in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, n. 71, v. 2, p. 247-258, 1983.
- SHAH, K.N.; RAJADHYAKSHA, S.B.; SHAH, V.S. Experience with the International League Against Epilepsy Classification of Epileptic Seizures (1981) and Epilepsies and Epileptic Syndrome (1989) in epileptic children in a developing country. *Epilepsia*, v. 33, n. 6, p. 1071-1077, 1992.
- SHINNAR, S.; BALLAMBAN-GIL, K. An approach to the child with a first unprovoked seizure. *Pediatrics Annals*, v. 20, n. 1, p. 29-33, Jan. 1991.
- SHINNAR, S.; BERG, A.T.; MOSHÉ, S.L. Risk of seizure recurrence following a first unprovoked seizure in childhood: a prospective study. *Pediatrics*, v. 85, p. 1076-1085, 1990.
- SHORVON, S.D. The temporal aspects of prognosis in epilepsy. *J. Neurol Neurosurg Psychiatry*, v. 47, p. 1157-1165, 1984.

SHORVON, S.D.; FARMER, P.J. Epilepsy in developing countries: a review of epidemiological, sociocultural and treatment aspects. *Epilepsia*. v. 29, suppl. 1, p. 36, 1988.

SIEGEL, S. *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. New York: McGraw Hill Book Company, Inc., 1956.

SOFIJANOV, N.G. Clinical evolution and prognosis of childhood epilepsy. *Epilepsia*, v. 23, p. 61-69, 1982.

SOTELO, J.; GUERRERO, V.; RUBIO, F. Neurocysticercosis: a new classification based on active and inactive forms. A study of 753 cases. *Arch Inter. Med.* , v. 145, p. 442-445, 1985.

STEPIEN, L. Cerebral cysticercosis in Poland. Clinical symptoms and operative results in 132 cases. *J. Neurosurg.*, v. 19, p. 505-513, 1962.

THOMAS, M.H. The single seizure: its study and management. *JAMA*, v. 169, n. 5, p. 457-459, 1959.

van den BERG, B.J.; YERUSHALAMY, J. Studies on convulsive disorders in young children. I. Incidence of febrile and nonfebrile convulsions by age and others factors. *Pediatrics Res*, n. 3, p. 298-304, 1969.

van der WAALS, F.W.; GOUDSMIT, J.; GAJDUSE, K.C. Clinical characteristics of highly prevalent seizure disorders in the Gbawein and Wroughbarh Clan region of Grand Barsas Country, Libéria. *Neuroepidemiology*, n. 2, p. 35-44, 1983.

VERONESI, R.; FOCCACCIA, R. Cisticercose. In: Veronesi, R. *Doenças infecciosas e parasitárias*. São Paulo: Guanabara Koogan, 8 ed., 1991, p. 820-826.

- VINING, E.P.G.; MELLITS, E.D.; DONSEN, M.M.; CATALDO, M.F. Psychologic and behavioral effects of antiepileptic drugs in children: a double-blind comparison between phenobarbital and valproic-acid. *Pediatrics* , v. 80, p. 165-174, 1987.
- WERRY, J. S. Measures in pediatric psychopharmacology. In: J. S. Werry. *Pediatric psychopharmacology*. New York: Brunner/Mezel, 1978.
- WHO: Application of advances in neurosciences for the control of neurological disorders. *Technical Report Series*, N. 629, p. 9-20, 1978.
- WIESER, H.; MULLER, R. Neocortical temporal seizures. In: Weiser, H.; Elger, C. *Presurgical evaluation of epilepsy*. Berlin, Alemanha: Sprenger-Verlag, p. 256-266, 1986.
- WOLF, P. Classification of syndromes. In: Dam, M.; Gram, L. *Comprehensive Epileptology*. Nova York: Raven Press, 1990, p. 87-97.