

Assistência de Enfermagem aos Pacientes sob Investigação de Epilepsia Submetidos ao Vídeo-EEG Prolongado

Maria Beatriz Pereira de Jesus*, Valnice de Oliveira Nogueira**

Centro Universitário Nove de Julho, São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

Objetivo: Elaborar as ações de enfermagem pertinentes ao exame de Vídeo-EEG, de modo a colaborar na investigação das crises epiléticas e das necessidades humanas básicas afetadas. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão da literatura nacional e internacional, através de artigos disponíveis nos bancos de dados do PUBMED, SCIEDIRECT, MEDLINE e SCIELO, nos últimos nove anos. **Resultados:** O papel da enfermagem no Vídeo-EEG é de proteger o paciente contra os riscos de quedas durante as crises, propiciar atividades recreativas e realizar os procedimentos de preparo, manutenção e finalização do exame. **Conclusão:** Por esta razão, sugerimos que a enfermagem deva envolver-se no aprimoramento científico na área de neurociências e epileptologia, visando detectar os fatores que interferem no cotidiano dos pacientes epiléticos ou sob investigação diagnóstica de epilepsia. Sendo que o vídeo-EEG é um instrumento facilitador para a enfermagem na obtenção de dados valiosos que podem servir de base na elaboração de produção científica para a saúde pública.

Unitermos: Enfermagem, epilepsia, neurologia.

ABSTRACT

Assistance of nursing to the patients who are undergoing in epilepsy investigation to the prolonged Video-EEG

Objective: To make a nursing care plan for the Video-EEG monitoring in order to collaborate with the investigation of the epileptic seizures and the affected basic human needs. **Method:** A review of the national and international literature through PUBMED, SCIEDIRECT, MEDLINE and SCIELO websites, during the last nine years. **Results:** The nursing role on the VEEG is to protect the patient against injuries during seizures, propitiate recreational activities and all the procedures for the examination. **Conclusion:** Therefore, we suggest that nursing must be involved in constant improvement in neuroscience and epileptology, detect what factors that epilepsy may interfere in the patient's life, or those who are undergoing in epilepsy investigation. Thus, Video-EEG gathers precious information that can be the scientific basis for the public health.

Key words: Nursing, epilepsy, neurology.

INTRODUÇÃO

A epilepsia é considerada um conjunto de sintomas neurológicos que têm em comum as crises epiléticas (CE) intermitentes e autolimitadas, que ocorrem na ausência de estado febril ou de condições tóxico-metabólicas.⁸ As CE são decorrentes do aumento significativo da excitabilidade neuronal do córtex, que pode atingir também algumas estruturas subcorticais.

Os dois principais critérios de classificação das CE, segundo a International League Against Epilepsy, dizem respeito à localização do foco epileptogênico e à etiologia. O primeiro define que a atividade epileptiforme pode manifestar-se através de uma região cortical, por onde se desencadeiam as crises focais, ou acometer os dois hemisférios ao mesmo tempo, determinando as crises generalizadas. No segundo critério, as CE são definidas como: (1) idiopáticas quando se referem à hereditariedade; (2) sintomáticas

* Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Nove de Julho, São Paulo, SP.

** Mestre em Enfermagem. Professora de Enfermagem do Centro Universitário Nove de Julho, São Paulo, SP.

Received Apr. 04, 2008; accepted July 11, 2008.

devido a uma série de conseqüências, como por exemplo, os distúrbios cerebrovasculares, tumores, traumas, processos infecciosos, neuroparasitoses, e outros;^{1,19,22,25} e por último (3) criptogênicas, que não fazem parte do grupo idiopático ou sintomático, sendo de etiologia indefinida.^{10,24}

Um dos exames diagnósticos da epilepsia é a monitorização por Vídeo-eletrencefalograma (VEEG), que consiste na aquisição do traçado eletrográfico das atividades cerebrais de forma não-invasiva, concomitante com as imagens do paciente em tempo real.³ A finalidade desse registro é distinguir os eventos que sugerem crises epilépticas (CE) dos eventos paroxísticos não-epilépticos.^{4,17} Isto requer da equipe multiprofissional bem capacitada uma observação e documentação precisas para que sejam definidas as estratégias terapêuticas e assistenciais adequadas.^{20,27}

O VEEG oferece diversas vantagens para a investigação da epilepsia, por que: permite a caracterização dos tipos de CE nas diferentes faixas etárias; auxilia na comparação das descargas eletrográficas durante as fases perictais; ajuda a detectar os eventos que geralmente passam despercebidos; favorece o manejo da terapia medicamentosa e cirúrgica; por ser digital, o VEEG possibilita a edição dos arquivos anteriormente gravados, sem interromper o exame. Além dessas vantagens, o VEEG ajuda o esclarecimento dos pacientes e de seus familiares quanto à natureza dos eventos. Dessa forma a equipe profissional deve salientar a importância da terapia medicamentosa com acompanhamento clínico, bem como, o aconselhamento nos aspectos biopsicossociais.^{4,5,12,15,18}

O Vídeo-eletrencefalograma possui três tipos de modalidades de monitorização vídeo-eletrencefalográfica: o VEEG-dia, cuja internação dura por volta de 4 a 12 horas;⁴ o VEEG prolongado requer uma internação que pode durar horas até dias;^{4,5} e o VEEG ambulatorial,²⁰ no qual o paciente pode ser monitorizado com o equipamento apropriado no ambiente domiciliar, onde poderá gravar as imagens por no máximo 24 horas, sendo necessária o retorno ao serviço clínico.⁵

Os equipamentos do Vídeo-EEG prolongado consistem num eletrencefalógrafo que contém um amplificador, com a entrada de um número limitado de canais. Em cada canal é inserida a extremidade distal do eletrodo. O eletrencefalógrafo é o aparelho que vai enviar os sinais captados através sistema eletrodo-amplificador até o computador, por onde são visualizados os registros eletrográficos e a imagem do paciente. O vídeo é captado por uma câmera digital instalada no quarto do paciente.

Para a enfermagem, esse exame fornece dados que podem colaborar na elaboração de planos assistenciais, educativos e preventivos, focalizados ao estudo da epilepsia e das morbidades associadas. O VEEG é um ótimo instrumento de detecção de alguns aspectos comportamentais, bem como

os fatores de risco. Neste contexto, o enfermeiro possui uma oportunidade de exercer um papel de parceria com a equipe multiprofissional, no intuito de melhorar a qualidade de vida do cliente e sucesso da terapêutica clínica, e mais, propiciar o avanço científico da pesquisa de enfermagem em neurociências.

Devido à existência de poucas publicações nacionais indexadas, que abordam as diretrizes da assistência de enfermagem exclusiva para o serviço de monitorização por Vídeo-EEG, este estudo tem por objetivo elaborar as ações de enfermagem durante as todas as fases desse exame.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada com base na revisão da literatura, através dos artigos científicos nacionais e internacionais, obtidos dos bancos de dados do PUBMED, SCIENCE DIRECT, MEDLINE e SCIELO, nos últimos nove anos. As palavras-chaves foram: nursing epilepsy, sudden death, Vídeo-EEG. Também foram consultados livros sobre epilepsia e Vídeo-EEG, revistas da American Association of Neuroscience Nursing (AANN), e os sites da International League Against Epilepsy e da Liga Brasileira de Epilepsia.

Foram selecionadas referências relacionadas à assistência de enfermagem aos pacientes com distúrbios epilépticos, comorbidades e sobre Vídeo-EEG. Foram excluídas as publicações sobre epilepsia que não eram pertinentes ao foco do estudo. A pesquisa abrangeu os últimos nove anos, com um levantamento de 122 artigos e a utilização de 27.

A análise das publicações foi realizada de forma crítica, visando selecionar os assuntos de alta relevância para assistência de enfermagem, bem como buscar identificar os procedimentos inerentes à monitorização do VEEG, desde a admissão até a alta.

O papel do enfermeiro no Vídeo-EEG

Na admissão, o enfermeiro deve permitir que o paciente e o acompanhante conheçam a equipe que compõe o serviço, orientar as etapas e finalidades do exame, esclarecendo dúvidas, bem como orientar os clientes sobre as peculiaridades da unidade hospitalar.

Como a grande maioria dos familiares demonstram dificuldades em relatar os eventos de forma clara e objetiva logo no início da internação, é recomendável ao enfermeiro aguardar o momento oportuno para a coleta de dados e acesso propedêutico.

Através da aplicação da sistematização da assistência de enfermagem o enfermeiro poderá detectar os fatores de risco e levantar os diagnósticos, com o objetivo de elaborar um plano assistencial personalizado e humanizado. Realizar a evolução diária e programar as orientações para o pós-alta, as quais deverão ser documentadas.²⁷

Além disso, desempenhar um papel de incentivo e conscientização da sua equipe operacional sobre a importância da educação continuada na área de neurociências e na avaliação das ações de treinamento prático periódico.

É recomendado que a enfermagem mantenha os materiais de procedimentos longe do alcance dos pacientes pediátricos e dos que possuem distúrbios comportamentais mais severos, para evitar acidentes e danos nos equipamentos.

Documentação dos eventos

Descrição dos eventos: Para registrar os eventos é necessário conhecimento dos tipos de crises e manifestações clínicas. A equipe deve ter uma reciclagem constante para otimizar a observação clínica e identificar cada característica semiológica dos eventos. Wulf,²⁷ em 2000, salientou que é importante ter em mãos uma folha para o registro seqüencial dos sintomas, descritos de forma detalhada para facilitar o diagnóstico correto e a adequação do tratamento e da assistência. Deverão ser registrados os sinais podrômicos no período interictal, fatores que desencadearam os eventos, e manifestações como, por exemplo, medo, movimentos mastigatórios e queixas olfatórias,²³ visuais, auditivas, táteis e gustatórias. Na fase ictal é importante descrever os desvios céfalo-oculares, automatismos, alterações da senso-percepção e mudanças comportamentais. No pós-ictus anotar as respostas do paciente quanto ao comprometimento ou não da memória, sinais de desorientação e confusão mental.

Nos casos de eventos paroxísticos não-epilépticos é necessário que o enfermeiro possua conhecimento para abordar adequadamente o paciente e adotar as medidas assistenciais pertinentes ao tipo de evento.

Além dos documentos específicos relativos ao VEEG é conveniente aliar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) para a descrição dos procedimentos executados e a prescrição dos cuidados ditos como específicos. A SAE compreende no histórico de enfermagem (anamnese e exame físico), diagnósticos de enfermagem, evolução e avaliação de enfermagem, todas as informações descritas no prontuário do cliente.

Ações de enfermagem no período interictal

Atividades de distração: Como a internação pode variar de horas até dias, o paciente pode ficar acordado e realizar atividades recreativas sob a supervisão direta da enfermagem. O importante é que nessa fase a enfermagem auxilia o cliente a despertar a sua criatividade, expressar suas idéias, sentimentos, valores intelectuais e culturais junto com o acompanhante, através de leituras, jogos, músicas, desenho artísticos e brinquedoterapia. Cabe ao enfermeiro o julgamento clínico da escolha da atividade, considerando a faixa etária, perfil cognitivo e comportamental

dos indivíduos, para não comprometer a dinâmica do exame.

Manejo do autocuidado: O autocuidado compreende na capacidade do cliente desempenhar atividades de higiene, alimentação, recreação, prevenção de riscos à saúde e bem estar de modo independente. Aos pacientes que possuem condições clínicas de executar o autocuidado, é importante que essas atividades sejam orientadas e acompanhadas pela equipe de enfermagem responsável.

Manutenção dos eletrodos e da monitorização: para garantir uma gravação do eletrencefalograma adequada é importante a colocação do gel nos eletrodos para melhorar a visualização do traçado eletrográfico, reduzindo a impedância e eliminar os artefatos.² Solicitar a revisão periódica dos aparelhos de monitorização e de informática pela equipe técnica específica também é conveniente.

Documentação: durante o registro do exame a equipe de enfermagem realiza as anotações inerentes aos acontecimentos e comportamentos do cliente, de modo que interessam à dinâmica do estudo da epilepsia, como por exemplo, a presença de auras, queixas clínicas, movimentos estereotipados, período de sono.

Ações específicas durante o período ictal

Proteção do paciente: Alguns pacientes apresentam hipermotricidade durante os episódios críticos, até mesmo tentam levantar-se e sair do leito. O enfermeiro e sua equipe devem manter-se ao lado protegendo o cliente contra quedas e acidentes com o equipamento de monitorização. Isto é válido para todas as condições comportamentais que precisam de vigilância constante. Ainda deve-se considerar a administração de drogas antiepilépticas prescritas e a realização do suporte avançado de vida quando necessário.

Manobras de ativação de crise: As manobras consistem na execução de procedimentos que induzem o início da crise, com a finalidade de observar as alterações eletrencefalográficas. Há três tipos de manobras: hiperventilação ou hiperpnéia,^{7,9} fotoestimulação e audioestimulação intermitentes. As manobras são realizadas pelo médico epileptologista enquanto o cliente é acompanhado pela equipe de enfermagem, que neste momento quantifica os eventos e indica onde ocorre a manifestação, além de mostrar figuras ou objetos para o cliente tentar identificar durante a crise.

Ações específicas durante o período pós-ictal

Documentação e testagem: Durante os eventos, sejam crises epilépticas ou eventos não-epilépticos paroxísticos, a enfermagem deve oferecer estímulos verbais e visuais para serem evocados posteriormente. É importante verificar se o paciente consegue obedecer a comandos simples e complexos. Além disso, avaliar se há ou não

comprometimento da memória e da consciência. A enfermagem deve atentar para duração da crise. Interromper a testagem se necessário e iniciar o atendimento terapêutico para o controle da crise. Portanto, cada fenômeno deve ser detalhadamente documentado.

Atendimento a emergências epiléticas

Geralmente as CE são curtas e autolimitadas, não necessitando de atendimento emergencial. No entanto, um paciente com o diagnóstico de epilepsia pode estar sujeito ao surgimento inesperado de crises prolongadas ou estado epilético (*status epilepticus*),⁶ dependendo de suas condições clínicas. Dentre as crises prolongadas estão as tônico-clônicas generalizadas e o estado epilético, que é caracterizado por uma crise com mais 30 minutos de duração, ou por crises sucessivas e incontroláveis, acarretando em com seqüelas cerebrais irreversíveis e até morte súbita. Por essas razões, é mandatório que o serviço de monitorização por VEEG tenha disponível o material de suporte avançado de vida e uma equipe profissional muito bem treinada.^{13,14,16,21}

Portanto, a equipe de enfermagem deve estar atenta aos seguintes fatores que podem contribuir para o estado epilético: falta de adesão ao tratamento medicamentoso por parte do paciente; redução gradativa das drogas antiepiléticas pelo médico, para melhor observar os tipos de crise durante o tempo da monitorização; ou ainda, outros motivos, como lesões cerebrais e desequilíbrio neuroquímico.

Por outro lado, alguns pacientes portadores de crises psicogênicas de origem não epilética (paroxismos não epiléticos) podem apresentar ataques prolongados, com hipermotricidade ou não, porém a enfermagem deve saber diferenciar esses eventos das emergências epiléticas.

A Liga Brasileira de Epilepsia recomenda que não se deve inserir nenhum objeto dentro da cavidade bucal do paciente durante a crise, além não tentar segurar a língua, somente deve lateralizar a cabeça sobre um objeto macio, de modo que a saliva escoar livremente. Não tentar impedir os movimentos. Manter a calma e proteger a cabeça do paciente.¹³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitiu identificar os aspectos etiológicos e fisiopatológicos da epilepsia, com ênfase na abordagem assistencial de enfermagem através do Vídeo-eletrencefalograma. Foi possível a construção de um roteiro de ações que contemplam as etapas da monitorização durante a internação do paciente.

O VEEG é um instrumento facilitador ao enfermeiro na detecção dos fatores de risco ocasionados pelos diversos distúrbios somáticos, psíquicos e comportamentais associados aos clientes com epilepsia, contribuindo

imensamente na obtenção de dados que podem ser úteis na iniciativa de programas educativos em nível de saúde coletiva.

A enfermagem deve estar comprometida ao desenvolvimento de pesquisas científicas, principalmente, nas áreas de neurociências, consolidando a história natural dos fenômenos associados com as necessidades biopsicossociais.

A abordagem holística amplia a capacidade do julgamento clínico do enfermeiro, determinando um grande avanço da ciência do cuidado. Isto promove o aperfeiçoamento do atendimento hospitalar da prática do enfermeiro que vivencia o cotidiano dos clientes com epilepsia, visando a melhor qualidade de vida desses clientes.

REFERÊNCIAS

1. Brainer-Lima PT, Brainer-Lima AM, Azevedo Filho H, Cukiert A. Epilepsia parcial associada a tumores cerebrais primários. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002;60(3-B):797-800.
2. Dericioglu N, Albakir M, Saygi S. The role of patient companions in long-term video-EEG monitoring. *Seizure*. 2000;9:124-127.
3. Ferrari CMM, Sousa RMC, Garzon E. Orientações ao paciente portador de epilepsia submetido ao vídeo-EEG: comparação dos níveis de ansiedade com o uso de diferentes estratégias. *Arq Neuropsiquatr*. 2005;63(4):1028-1034.
4. Freitas A, Fiore LA, Gronich G, Valente KD. O vídeo-EEG dia no diagnóstico de eventos paroxísticos na infância. *J Pediatr*. 2003;79(3):259-64.
5. Garzon E. Vídeo-eletrencefalografia conceito e metodologia convencionais e eletrodos especiais o sistema 10-20 e o uso racional do sistema 10-10 técnica e indicação. In: Yacubian E, Garzon E, Sakamoto AC. *Video-eletrencefalografia: fundamentos e aplicação na investigação das epilepsias*. 1. ed. São Paulo: Lemos Editorial; 1999. v. 1. p. 29-43.
6. Gilbert K. An Algorithm for diagnosis and treatment of status epilepticus in adults. *J Neurosc Nurs*. 1999;31(1):27-9;34-6.
7. Guaranha MSB, Garzon E, Buchpiguel CA, Tzima S, Yacubian EMT, Sakamoto AC. Hyperventilation revisited: physiological effects and efficacy on focal seizure activation in the era of video-EEG monitoring. *Epilepsia*. 2005;46(1):69-75.
8. Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F, Lopes-Cendes I. Considerações gerais. In: Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F, Lopes-Cendes. *Epilepsia*. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.
9. Holmes MD, Dewaraja AS, Vanhatalo S. Does hyperventilation elicit epileptic seizures? *Epilepsia*. 2004;45(6):618-20.
10. ILAE – International League Against Epilepsy. Task force on epilepsy classification and terminology. [Internet] Site consultado em 10/09/2006. Disponível em URL: <<http://www.ilae-epilepsy.org/Visitors/Centre/ctf/index.cfm>>.
11. Jorge CL, Valério RMF, Yacubian EMT. Bradicardia como manifestação epilética em epilepsia temporal. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000; 58(3-B):919-23.
12. Keränen T, Rainesalo S, Peltola J. The usefulness of video-EEG monitoring in elderly patients with seizure disorders. *Seizure*. 2002;11:269-72.
13. LBE – Liga Brasileira de Epilepsia. Site Oficial. O que fazer e o que não fazer quando alguém tem uma crise. [internet] Disponível em URL: <http://www.epilepsia.org.br/epi2002/show_tema.asp?tema=18>. Acessado em: 10 set. 2006.
14. M Devilat-Barros, G Rivera-Gómez, V Gómez-Muñoz, JP Sepúlveda-Olmos. Mortalidadad en niños con epilepsia. Estudio clínico prospectivo. *Rev Neurol*. 2004;38(7):607-14.
15. Marques LHN, Almeida SJA, Santos AB. Monitorização vídeo-EEG prolongada em crises não epiléticas: semiologia clínica. *Arq Neuropsiquatr*. 2004;62(2-B):463-8.

16. Martin PJ, Millac PAH. Status epilepticus: management and outcome of 107 episodes. *Seizure*. 1994;3:107-13.
17. Martin RC, Gilliam FG, Kilgore M, Faught E, Kuzniecky R. Improved health care resource utilization following video-EEG-confirmed diagnosis of nonepileptic psychogenic seizures. *Seizure*. 1998;7:385-90.
18. McGonigal A, Oto M, Russel AJC, Greene J, Ducan R. Outpatient video EEG recording in the diagnosis of non-epileptic seizures: a randomized controlled trial of simple suggestion techniques. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;72:549-51.
19. Montenegro MA, Guerreiro MM, Scotoni AE, Tresoldi AT, Moura-Ribeiro MVL. Doença cerebrovascular na infância: I. manifestações epiléticas. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(3-A):587-93.
20. Fossas P, Floriach-Robert M, Cano A, Palomeras E, Snaz-Cartagena P. Utilidad clínica del videoelectroencefalograma en régimen ambulatorio. *Rev Neurol*. 2005;40(5):257-65.
21. Reynolds E. Sudden death in the shadows of epilepsy: UK government's action plan for epilepsy needs great commitment. Editorials. *BMJ*. 2003;326:349-50.
22. Sotelo J. Neurocysticercosis: eradication of cysticercosis is an attainable goal. *BMJ*. 2003;326:511-2.
23. Thompson SA, Ducan JS, Smith SJM. Partial seizures presenting as panic attacks. *BMJ*. 2000;321:1002-3.
24. Tilelli CQ, Furtado MA, Galvis-Alonso OY, Arisi GM, Andrade Valença L, Leite JP, Garcia-Cairasco N. O estudo das epilepsias: uma ferramenta para as neurociências. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2003;9(3):173-80.
25. Valença MM, Valença LPA. Etiologia das crises epiléticas na cidade do Recife, Brasil: estudo de 249 pacientes. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000;58(4):1064-72.
26. Venkataraman V, Wheless JW, Willmore LJ, Motoookal H. Idiopathic cardiac asystole presenting as an intractable adult onset partial seizure disorder. *Seizure*. 2001;10:359-64.
27. Wulf JA. Evaluation of seizure observation and documentation. *J Neurosc Nurs*. 2000;32(1):27-36.

Endereço para correspondência:

Maria Beatriz Pereira Jesus
Rua Pierre Curie, 682 bl2. ap 24 – Jardim da Saúde
CEP 04290-050, São Paulo, SP, Brasil
Tel.: (11) 8044-7470
E-mail: biasemprebia@yahoo.com.br