## 

## Universidade Federal de Santa Catarina

**Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Clínica Médica**

**Campus Universitário – Trindade – Florianópolis/SC**

**AMBULATÓRIO DE EPILEPSIA – RETORNO – DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Registro: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_ \_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Imprescindível anotar todos os telefones para contato e não deixar qualquer casela em branco neste formulário!

**RESUMO DA HISTÓRIA: IDADE DE INÍCIO DAS CRISES REGULARES:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **anos**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Laudo do último EEG** (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_), laudado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sensibilidade < 50%, portanto, EEG normal NÃO descarta epilepsia, cujo diagnóstico é CLÍNICO. O EEG serve para a classificação do tipo de crise e síndrome epiléptica que, uma vez definida, não há necessidade de novos EEGs de controle. Se vier normal, deve ser repetida em privação de sono até encontrar a anormalidade presumida clinicamente.

Paroxismos epileptiformes: ( ) SIM ( ) NÃO - Eletrodos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Outras alterações: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Laudo da última RM** (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_), laudado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Exame PADRÃO-OURO, mandatório para definir a lesão estrutural necessária para o diagnóstico sindrômico de pacientes com epilepsia (PCE) e guiar terapêutica (candidato cirúrgico ou não). Necessário apenas 1 exame. Descrever achado e sua localização.

**Esclerose mesial temporal comprovada por RM ( ) SIM; ( ) NÃO; Lado: ( ) D; ( ) E; ( ) Bilateral**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Confirma farmacorresistência? ( ) SIM ( ) NÃO**

Epilepsia farmacorresistente é aquela na qual ocorre falha na remissão de crises, apesar de uma intervenção em doses adequadas e bem toleradas com, ao menos, **dois medicamentos antiepilépticos (MAE) em mono- ou politerapia**. Para ser considerada efetiva a terapêutica deve promover um intervalo assintomático de, pelo menos, três vezes o período sem crises prévio à intervenção ou maior do que 12 meses.

Pacientes com má adesão ou terapia inadequada não podem ser considerados refratários até que a terapêutica seja corrigida.

Também é importante a revisão do diagnóstico, pois diversas condições podem simular crises convulsivas (Kwan et al. Commission ILAE. Epilepsia, 2011).

**Definições ILAE** (Fisher et al., 2014)

**Epilepsia** é um distúrbio cerebral caracterizado por uma predisposição a gerar crises epilépticas e por todas as consequências neurobiológicas, cognitivas e sociais desta condição. **Critérios operacionais para o diagnóstico de epilepsia:** 1) ≥ 2 crises epilépticas não provocadas ou reflexas com intervalo > 24 horas; 2) Uma crise não-provocada com probabilidade de ocorrência de novas crises ≅ a 60%; 3) Diagnóstico clínico de uma síndrome epiléptica. **Crise epiléptica**, por sua vez, é definida como a ocorrência transitória de um sinal ou sintoma decorrente de uma atividade neuronal anormal, excessiva e síncrona do cérebro.

**Medicações em uso** (descrever MAEs e todos os outros em uso, nome genérico, forma de apresentação em mg ou ml, posologia diária, e há quanto tempo em uso nesta posologia. Assinalar com \* aquele que o paciente considerar que mais o ajudou. DMT = dose máxima tolerada, ou seja, paciente já utilizou dose maior e precisou baixar por efeitos colaterais intoleráveis e, portanto, a DMT é a dose máxima que o paciente tolera sem efeitos colaterais intoleráveis):

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DMT: ( ) S; ( ) N

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DMT: ( ) S; ( ) N

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DMT: ( ) S; ( ) N

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DMT: ( ) S; ( ) N

Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**JÁ UTILIZOU SEGUINTES MAEs:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipos de crise:**

Circular todas aquelas que se aplicam. \*Não classificadas são aquelas nas quais faltam informações.

****

**Freqüência das crises (descrever média dos últimos 3 meses para cada tipo de crise - /semana, /mês, /ano)**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Eventos adversos**

DEFINIÇÃO: Qualquer ocorrência médica inconveniente em um paciente que recebe um produto farmacêutico que não necessariamente tem uma relação causal com esse tratamento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Exame físico e neurológico:**

Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Exames complementares (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_)**

ROTINA: Hemograma, Na, K, Ca, Creatinina, Ureia, glicemia, Gama-GT, ALT, AST, TSH, colesterol total e frações, triglicerídeos ANUALMENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANÁLISE**

Diagnóstico sindrômico: ( ) Genética; ( ) Estrutural; ( ) Metabólica; ( ) Imune; ( ) Infecciosa; ( ) Desconhecida

Etiologia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**( ) Focal (CID-10 G40.2):** ( ) Frontal; ( ) Temporal; ( ) Parietal; ( ) Occipital; ( ) Multifocal; ( ) Desconhecido

**Lado da lesão:** ( ) Direto; ( ) Esquerdo; ( ) Bilateral; ( ) Desconhecido

**( ) Generalizado (CID-10 G40.3):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comorbidades psiquiátricas (presentes em até 50% dos PCE): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONDUTA**

1. Fornecer folder sobre "O que é epilepsia e cirurgia de epilepsia".

2. Fornecer 2 folhas de diário de crises, ensinando o paciente como utilizá-lo (1 folha para ele preencher e outra folha para ele tirar cópias sempre que necessário. SEMPRE cobrar o diário de crises em TODAS as consultas).

2. Fornecer receituário médico com MAEs suficientes até o retorno do paciente OU fornecer formulário de contra-referência para UBS solicitando renovação de receituário até data do retorno.

Mudança DAEs\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Exames solicitados\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RETORNO AGENDADO PARA: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico

**Princípios gerais de tratamento:**

1. 60% dos PCE ficarão livres de crises com 1 ou 2 MAEs. Portanto, SEMPRE iniciar o tratamento com **1a MONOTERAPIA**.

2. Não há dose mínima. Iniciar tratamento sempre com a menor dose possível e aumentar lentamente até controle das crises ou surgirem efeitos colaterais não-toleráveis. Sem controle  **2a MONOTERAPIA.** Sempre revendo diagnóstico e adesão ao tratamento caso não haja controle.

3. Objetivo do tratamento é alcançar o controle total das crises com a MÍNIMA dose possível e SEM efeitos colaterais intoleráveis. Informe o paciente sobre: (1) o tempo para o tratamento fazer efeito, (2) efeitos colaterais possíveis, (3) o risco da parada abrupta da medicação (estado de mal epiléptico, acidentes e morte), (4) a necessidade de acompanhamento regular e adesão medicamentosa.

4. Configurou farmacorresistência a 2 MAEs em MONOTERAPIA  (1) politerapia (com MAEs de diferentes mecanismos de ação), (2) oferecer tratamento cirúrgico (fornecer TFD para fora do estado); se contraindicação cirúrgica, oferecer (3) dieta cetogênica (HU/UFSC) ou estimulador vagal (processo judicial).

5. Paciente livre de crises por 2-5 anos em uso de MAEs (+ único tipo de crise focal ou generalizada, exame neurológico normal e QI normal) descontinuar tratamento lentamente e alta para UBS.

6. Marcar retornos a cada 3-4 meses (conforme vaga) ou < tempo SN.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Guideline ILAE com nível de evidência para o tratamento da epilepsia em monoterapia inicial (Glauser et al., 2013)** |
| Adultos com crises de início focal | CarbamazepinaA; FenobarbitalA; LevetiracetamA; ZonisamidaA; ValproatoB |
| Crianças com crises de início focal | OxcarbazepinaA |
| Idosos com crises de início focal | GabapentinaA; LamotriginaA; CarbamazepinaC; TopiramatoD; ValproatoD. |
| Adultos com crises tônico-clônico generalizadas | ValproatoC; FenobarbitalC; FenoitoinaC; CarbamazepinaC; TopiramatoC; LamotriginaC; OxcarbazepinaC; GabapentinaD; LevetiracetamD |
| Crianças com crises tônico-clônico generalizadas | ValproatoC; FenobarbitalC; FenoitoinaC; CarbamazepinaC; TopiramatoC; OxcarbazepinaD |
| Crianças com crises de ausência | ValproatoA, EtossuximidaA; LamotriginaC |

**MAEs disponíveis na farmácia básica do SUS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicamento** | **Fenitoína (PHT)** | **Fenobarbital (PB)** | **Carbamazepina (CBZ)** | **Valproato de sódio (VPA)** |
| **Apresentação** | 100mg | 100mg | 200mg | 250mg |
| **Dose inicial** | 1cp 2x/dia   cada 1-2 sem. | 1cp 1x/dia | 1cp 2x/dia   cada 1-2 sem. | 1cp 2x/dia   cada 1-2 sem. |
| **Manutenção** | 300 mg/dia 12/12h. | 100 mg/dia | 600-1000 mg/dia 8/8h. | 1500 mg/dia 12/12h. |
| **Contraindicação** | Crises de ausência e crises mioclônicas |  | Crises mioclônicas, de ausência ou atônicas e gestantes | Gestantes e crianças menores de 2 anos |
| **Metabolismo** | Hepático  Indutor CYP450  T1/2 = 7-60h. | Hepático  Indutor CYP450  T1/2 = 50-120h. | Hepático  Indutor CYP450  T1/2 = 10-20h. | Hepático  Inibidor CYP450  T1/2 = 6-20h. |
| **Nível sérico** | 10-20 mcg/ml | 10-40 mcg/ml | 4-12 mcg/ml | 50-100 mcg/ml |
| **Efeitos adversos** | Sonolência, ataxia, disartria, nistagmo, náusea, depressão, diplopia, acne, hisutismo, anemia, hiperplasia gengival | Sedação, tontura, cefaléia, depressão, redução da concentração, lentificação psicomotora | Náusea, cefaléia, tontura, sedação, diplopia, nistagmo, incoordenação motora, ganho ponderal e redução da densidade óssea, hipoNa | Náuseas, vômitos, dispepsia, ganho ponderal, edema MMII, sonolência, alopecia, SOP, trombocitopenia, parkinsonismo, gota, encefalopatia, teratogênese |
| **Idiossincrasias** | Rash, SSJ, NET, reações de hipersensibilidade (anemia, lupus) |  | SSJ, NET, lupus induzido por drogas, hepatotoxicidade, reações de hipersensibilidade (rash, neutropenia) | Hepatotoxicidade, pancreatite aguda medicamentosa |

**Outros MAEs (\*aqueles disponíveis via LME - farmácia complementar do SUS - renovar cada 3 meses)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Apresentação** | **Dose inicial** | **Manutenção** | **Metabolismo** | **Efeitos adversos** |
| **Etossuximida\***  **(ESM)** | Xarope 50 mg/ml (frasco com 120 ml) | 250-500 mg/dia   cada 1-2 sem. | 1250 mg/dia 2x/dia | Hepático  Nem induz nem inibe CYP450  T1/2 = 30-60h. | Cefaleia, irritabilidade, depressão, ansiedade, perda de peso |
| **Gabapentina\***  **(GBP)** | 100, 300, 400, 600, 800 mg  sol. oral 50 mg/ml | 300-600 mg/dia   cada 1-2 sem. | 1800 mg/dia 2x/dia | Nenhum  Nem induz nem inibe CYP450  T1/2 = 5-7h. | Ganho de peso, edema periférico |
| **Lacosamida**  **(LCM)** | 50, 100, 150, 20 mg  sol. oral 10 mg/ml  ampolas 200 mg | 50 mg/dia   cada 1-2 sem. | 200-400 mg/dia 2x/dia | Renal  Nem induz nem inibe CYP450  T1/2 = 13h. | Tontura, diplopia, borramento visual, cefaleia, náusea, prolongamento PR |
| **Lamotrigina\***  **(LTG)** | 25, 50, 100 mg | 25 mg/dia   cada 2 sem. | 300 mg/dia  2x/dia | Hepático  Nem induz nem inibe CYP450  T1/2 = 10-35h. | SSJ, NET, hipersensibilidade |
| **Levetiracetam**  **(LEV)** | 250, 750 mg | 250-500 mg/dia   cada 1-2 sem. | 1500-3000 mg/dia  2x/dia | Não-hepático  Nem induz nem inibe CYP450  T1/2 = 6-8h. | Ansiedade, agitação, psicose |
| **Oxcarbazepina\***  **(OCBZ)** | 300, 600 mg | 300-600mg/dia   cada 1-2 sem. | 1200-2400 mg/dia  2x/dia | Hepático  Indutor dose-dpd.  T1/2 = 8-15h. | SSJ, NET, hipoNa, leucopenia, hipersensibilidade |
| **Topiramato\***  **(TPM)** | 25, 50, 100 mg | 25 mg/dia   cada 2 sem. | 300 mg/dia  2x/dia | Hepático  Indutor dose-dpd.  T1/2 = 18-25h. | Nefrolitíase, glaucoma, acidose metabólica, hipohidrose, lentificação psicomotora, disfasia, irritabilidade, parestesias, perda de peso |
| **Vigabatrina\***  **(VGB)** |  |  | 2000 mg/dia | Nenhum  Nem induz nem inibe CYP450  T1/2 = 4-7h. | Defeitos do campo visual, psicose, depressão, ganho de peso, sedação |